



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO



# ENFERMEDAD MENTAL: ¿UNA CATEGORÍA CONSTRUIDA SOCIALMENTE?

---

“Representaciones Sociales sobre la Enfermedad Mental en  
personas que han recibido un Diagnóstico psiquiátrico”

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA

**AUTORA: ORTEGA SUÁREZ PAULINA BELÉN**

Profesor Guía: Munita Jordán Jaime Andrés

**CHILLÁN, 2018**

## INDICE

1. Introducción.....	4
2. Presentación del problema.....	4
2.1 Planteamiento del problema .....	4
2.2 Justificación .....	6
2.3. Preguntas de Investigación primaria y secundarias.....	6
2.4. Objetivos General y Específicos .....	7
<b>3. Marco Referencial</b> .....	<b>7</b>
3.1 Antecedentes teóricos.....	7
3.1.1 Representaciones Sociales .....	7
3.1.2 Antecedentes históricos en el mundo sobre el abordaje de la enfermedad mental.....	14
3.1.4 Paciente psiquiátrico, enfermedad mental .....	24
3.2 Antecedentes Empíricos.....	27
3.2.1 Representaciones sociales sobre la enfermedad mental .....	30
3.3 Marco Epistemológico/reflexividad.....	32
<b>4. Diseño Metodológico</b> .....	<b>34</b>
4.1 Metodología/Diseño.....	34
4.2 Técnicas de Recolección de Información .....	36
4.3 Instrumentos.....	37
4.4 Población.....	38
4.5 Análisis de los datos.....	39
4.6 Criterios de Calidad .....	40
4.7 Aspectos éticos: .....	41
<b>5. Presentación de Resultados</b> .....	<b>43</b>
<b>6. Conclusiones</b> .....	<b>60</b>
<b>7. Referencias:</b> .....	<b>72</b>
<b>8. Anexos</b> .....	<b>80</b>

“El alma no puede ser manejada con esas mismas pinzas pretendidamente neutras con que mucha de la autodenominada ciencia de nuestros días quiere contemplar sus objetos de estudio, siempre a distancia... No creo que la psique sea abordable desde las ciencias excepto si éstas aceptan su papel parcial, de herramientas a utilizar entre otras en un proceso más cercano al arte, como lo es el de la vida misma...”

Tomás L. Corominas

## Dedicatoria

Son muchas las personas que guiaron este camino, distintas almas que me enseñaron cosas diversas, que transformaron pequeñas partes de mí para dar lugar a la persona que escribió esta tesis. Uno de ellos es mi hermano, quien inspiro cada línea de este trabajo, mi hermano y su mirada profunda que me insta a ser cada vez una persona más integral.

A mis padres que me apoyaron en cada momento, cada uno con su estilo particular, siento que las palabras se hacen vanas cuando uno quiere hablar del sentimiento, el sentir va más allá de estas líneas. Es inagotable el infinito agradecimiento a mis progenitores que me formaron y me han enseñado el bálsamo del amor incondicional.

A mis amigos que con sus abrazos, con sus consejos e incluso con una sonrisa me ayudaron a no decaer en este difícil proceso.

Finalmente a los participantes de esta investigación, cuyas voces fueron las valiosas notas musicales de esta composición, que le dieron forma y armonía a mi sentir por las injusticias que uno palpó en carne propia hacia las identidades divergentes. Me inspiran a seguir luchando por y con ellos, con el deseo ferviente de que alguna vez sus voces sean respetadas y legitimadas.

## **1. Introducción**

Durante la presente tesis de grado abordaré la pregunta de investigación, “¿Qué Representaciones Sociales construyen en relación a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico?, en términos metodológicos, empíricos, teóricos y epistemológicos.

El cuerpo del trabajo se enmarca dentro de la metodología cualitativa para abordar la complejidad del mundo simbólico en donde se construye y produce el objeto abordado. Por otra parte, para dar coherencia y sustentar la investigación, ésta quedará sujeta al enfoque constructivista social que situará la naturaleza del objeto representado tanto en lo individual como en lo social, donde adquiere éste un aspecto dinámico, como proceso que se devela en la relación a lo microsocioal con lo macrosocioal.

El diseño investigativo que enmarcará el cuerpo del trabajo, es el diseño de diamante, debido a la amplia literatura existente en torno a las representaciones sociales, por lo que a partir de allí, se desprendieron categorías a priori, que guiaron y actuaron como conceptos sensibilizadores durante la investigación. Éste diseño según Flick (2004) se emplea cuando existe una aproximación previa al concepto teórico, el que fue abordado a partir de la técnica de entrevista semiestructurada.

Finalmente, se intentó dar respuesta a la pregunta de investigación a partir del análisis de los datos guiados por la matriz de coherencia, para dar paso a las conclusiones al contrastar la información ya codificada con los marcos referenciales.

## **2. Presentación del problema**

### **2.1 Planteamiento del problema**

La medicina mental ha tomado conceptos desde la medicina orgánica; situando con ello la enfermedad mental dentro de las mismas categorías con que son tratadas las enfermedades somáticas. Para ello, toma conceptos como sintomatología, que asocia un tipo de enfermedad, con un tipo de manifestación mórbida; o nosografía, en donde se describe la evolución y las variantes que inciden en la enfermedad (Foucault, 1984).

Lo expresado anteriormente comporta una dificultad. En palabras de Foucault (1984), la realidad del enfermo no debiese abstraerse, solo por el lenguaje médico, ya que cada individualidad mórbida, debe ser analizada en relación a su medio, con ello dar cuenta de la artificialidad de la construcción de enfermedad y dar crédito al hombre mismo y no a las abstracciones sobre la enfermedad; analizando con ello, las formas concretas que pueden tomar estas, en la vida de las personas y determinar las condiciones, que han hecho posible su aparición.

Por otra parte, contextualizando el terreno de la salud mental, en nuestro país se evidencia un aumento progresivo de consultas psiquiátricas, tasas de suicidios, depresión y ansiedad, lo que se describe como el “lenguaje del malestar”, ya que a pesar de los indicadores positivos en términos económicos y sociales, esto se ha visto acompañado de un aumento en las consultas y la epidemiología psiquiátrica (Aceituno, Morales, y Jiménez, 2012). Malestar que también fue abordado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (1998), este organismo detalla que los cambios introducidos por el sistema social en los últimos años afectaría la vida cotidiana de la gente, en conjunto con el tejido familiar y comunitario, sumado a una progresiva sensación de desconfianza en las relaciones interpersonales y los sistemas de salud, previsión, educación y trabajo. Esto comporta, que en materia de investigaciones, que aborden el malestar descrito, debe hacerse desde una perspectiva pluridisciplinar, no solo medico-psicológico, sino que antropológico y psicosocial (Aceituno et al, 2012).

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2006), en el Informe WHO-AIMS sobre el sistema de sistema de salud mental en Chile, señala que a pesar de los esfuerzos realizados por el plan de salud mental del año 2000, para abordar la emergencia de las “patologías psiquiátricas”, al fomentar el desarrollo de programas comunitarios, sumado a la implementación de normativas y reglamentos que apunten a la disminución de la exclusión, esto no ha estado correlacionado con las prácticas del personal de salud y el tejido social, ya que se evidencia como obstáculo para los tratamientos de los usuarios, el estigma asociado a la “enfermedad mental” . Siendo catalogadas las personas con trastornos, por los mismos profesionales de la salud y su entorno mas cercano, como incapaces de cuidar de si misma, de manejar sus asuntos personales y potencialmente violenta (OMS, 2006). La estigmatización que se hace del “paciente psiquiátrico” responde a una cultura hacia la “enfermedad mental”, que desde el sentido común ha permeado los centros de formación universitaria y los dispositivos de atención a los usuarios (Novoa, 2014).

## **2.2 Justificación**

Una de las estrategias para abordar la promoción de la salud mental es el desarrollo de la investigación teniendo en cuenta aspectos culturales (OMS, 2013). Una perspectiva metodológica y teórica que propicia un acercamiento del marco cultural donde se erige el concepto de enfermedad mental, es el de la representación social (Aranda, Munguía, Salazar y Torres, 2015). El concepto de representación social corresponde a una forma de pensamiento social que designa una forma de pensamiento práctico, orientada hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social (Jodelet, 1993), permitiendo explicar la aprehensión de los distintos fenómenos en grupos sociales particulares (Gómez, 2005), en este caso la comprensión que tienen los pacientes psiquiátricos sobre la “enfermedad mental”.

La psicología debe ser una ciencia que esté al servicio de las necesidades del ser humano cuya satisfacción dependerá de las condiciones socio-históricas y natural de la época, y en la medida en que éstas sean satisfechas determinará el grado de salud mental de los individuos, por tanto, se vuelve insoslayable la incorporación del análisis social, en la comprensión holística del ser humano (Fromm, 1964). El objeto de investigación abordado en el proyecto aporta un análisis metodológicamente cualitativo, en su naturaleza, lo que hace que emerja, un acercamiento a la realidad más contextual de quienes históricamente han sido invalidados por la psiquiatría, poniendo a disposición de la comunidad un instrumento de carácter social para el abordaje de esta realidad. Finalmente, al reconstruir las representaciones de los usuarios, en torno a la enfermedad mental, sitúa a su realidad social como protagonista; según (Buitrago 2016), el saber que emerge desde los usuarios debe ser de fundamental importancia para la comprensión de nuevas formas de gobierno y contraconductas en escenarios de procesos de salud mental.

## **2.3. Preguntas de Investigación primaria y secundarias**

### Pregunta de investigación primaria:

¿Que Representaciones Sociales construyen en relación a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico?

### Preguntas de investigaciones secundarias:

¿Qué estereotipos construyen en torno a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico?

¿Qué actitudes tienen en relación a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico?

¿Qué prácticas sociales presentan en torno a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico?

## **2.4. Objetivos General y Específicos**

### Objetivo General

Reconstruir las Representaciones Sociales que tienen en relación a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico

### Objetivos Específicos

- Describir los estereotipos que tienen sobre la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico

-Caracterizar las actitudes que tienen en relación a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico

-Describir las prácticas sociales que poseen en torno a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico

## **3. Marco Referencial**

### **3.1 Antecedentes teóricos**

#### **3.1.1 Representaciones Sociales**

El término representación social fue acuñado originalmente por Moscovici (1979) en la obra “El psicoanálisis, su imagen y su público”, a partir de la reformulación del concepto de representaciones colectivas desarrollado en los trabajos de (Durkheim 1898 en Moscovici, 1979).

Durkheim (2000) hace uso del concepto de representación colectiva para designar un tipo de fenómenos que tiene su génesis en la red social donde se inserta el individuo, sostiene que el sustrato de estas representaciones es el conjunto de las personas asociadas. Las representaciones colectivas constituyen hechos sociales que se generan a través del intercambio social, esto da paso a hechos sociales que sobrepasan al individuo y se imponen a éste, debido a que las propias subjetividades se pierden en el entramado social, desvaneciéndose con ello la



especificidad de su aporte (Piñero, 2008). De ésta forma las representaciones colectivas adquieren un carácter determinista y con independencia de las personas, son elaboradas y expresadas de forma colectiva, teniendo vida propia (Durkheim, 2000).

Si bien es cierto que la propuesta de Durkheim no tuvo un carácter teórico, sentó las bases para su sucesiva elaboración a través del cuerpo metodológico, conceptual y teórico de las representaciones sociales, propuesta por Moscovici y sus seguidores (Jodelet, 1984). A diferencia de las representaciones colectivas, las representaciones sociales tienen un carácter más dinámico, ya que éstas se crean y recrean en el curso de las interacciones sociales (Moscovici, 1979). De ésta forma Moscovici (1979) hace referencia no solo al carácter colectivo de las representaciones, sino que además incorpora la naturaleza individual y psicológica que dan vida a las representaciones sociales. Según Jodelet (1984) las Representaciones Sociales no son meras reproducciones del objeto, sino que se ven permeadas por valores, posición política de los sujetos, religión, ideología, roles sociales, etc. La realidad, bajo esta perspectiva, sería algo que se transforma y se construye en el tejido social.

A pesar de que las representaciones sociales sean compartidas socialmente, aquello no implica que éstas sean universales, sino más bien surgen a partir de objetos específicos y varían de acuerdo a su naturaleza (Ibáñez, 1988; Piña, 2004).

La representación social adquiere el sustrato social al recrearse en el curso de las interacciones cotidianas, tanto a nivel de pensamiento como de acción colectiva entre los agentes de un determinado grupo, constituyendo con ello el sentido común, que a pesar de surgir a partir de un colectivo refleja la riqueza individual, con sus respectivas variaciones, demostrando la heterogeneidad de las construcciones simbólicas y la diversidad de los agentes (Ibáñez, 1988). Por tanto la Teoría de las Representaciones Sociales corresponde a una forma de enfocar la construcción social de la realidad, cuya óptica de análisis permite conjugar de igual manera las dimensiones cognitivas y las dimensiones sociales en el “sentido común”, ésta perspectiva comprende que tanto el lugar que las personas ocupan en la estructura social, como lo que experimentan día a día y el contexto sociocultural en el cual se desenvuelven, influyen en su manera de ser y en la forma en que ven la realidad (Araya, 2002).

De esta forma, las representaciones no constituyen un ente que se encuentra suspendido en el espacio, sino que están incorporadas en el pensamiento de un agente, a través de un proceso de constante construcción (Piñero, 2008). Éste carácter dinámico de la representación, propicia la emergencia de diversas representaciones, en torno a diferentes objeto o hechos sociales, que dependen de la individualidad del agente y de la especificidad de su contexto sociocultural (Ibáñez, 1988).

A su vez, Jodelet (1984) describe a las Representación Social como imágenes condensadas de un conjunto de significados que dan sentido a lo inesperado y forjan las evidencias de nuestra realidad consensual. De esta manera, las representaciones sociales designan formas de conocimiento específico que corresponden al saber de *sentido común*. En este sentido, las representaciones sociales se articulan como un sistema de valores del cual se desprenden significados y prácticas que permiten orientarse en el contexto material y social (Moscovici, 1979), operando como rejillas de decodificación e interpretación de la realidad que conducen hacia decisiones colectivas de acción (Di Giacomo, 1987).

Como expresa Ibáñez (1988) en las siguientes líneas, analizar las representaciones sociales permite revelar las condiciones por las cuales se genera y la manera en que constituye a su vez, el conocimiento común sobre el fenómeno que representan.

“La representación social es, a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, las Representaciones Sociales se transforman efectivamente en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta, por ejemplo, la realidad. Estos productos reflejan en su contenido sus propias condiciones de producción, y es así como nos informan sobre los rasgos de la sociedad en las que se han formado. En tanto que pensamiento constituyente, las representaciones no solo reflejan la realidad, sino que intervienen en su elaboración...” (Ibáñez, 1988, p.44).

Las representaciones sociales se configuran a partir de procesos y contenidos. En relación los procesos, estos se refieren a la forma en que se adquieren y comunican los conocimientos, jugando un papel preponderante los medios de comunicación para la creación, mantenimiento y transformación de la producción simbólica (Piñero, 2008). Según Moscovici (1979) la representación social surge a

través de dos procesos, que permite que un objeto se convierta en representación y que, esta a su vez, transforme lo social, estos procesos son objetivación y anclaje. La objetivación permite reconstruir el objeto a partir de lo que nos es familiar, para de esta forma poder controlarlo, permitiendo que el conocimiento científico se traduzca en conocimiento personal; en este proceso incide la posición social del sujeto, como la cantidad y calidad de la información que recibe (Knapp, Suárez, Mesa, 2003). El anclaje, por otro lado, permite construir la realidad, proporcionando un marco de interpretación, dotando de sentido a la representación social del individuo (Moscovici, 1979), a través de la integración de lo nuevo en un pensamiento ya constituido, proporcionando funcionalidad y significación social a las representaciones sociales (Knapp et al, 2003). Las funciones de objetivación y anclaje trabajan en una relación dialéctica que da como resultado la aparición de los procesos básicos de las representaciones sociales; ésta relación permite que se plasme una representación en torno al núcleo figurativo y por otro lado contribuye a la interpretación de la realidad, al dotarla de sentido, orientando la conducta de los sujetos en un medio social (Knapp et al, 2003).

Con respecto al contenido y para fines prácticos de ésta investigación se hará uso de la definición realizada por Araya (2002), quien conceptualiza las representaciones sociales como un sistema compuesto por opiniones, creencias, estereotipos y normas que poseen orientación actitudinal negativa o positiva (Araya, 2002). Estos orientan las prácticas, además de establecer lógicas clasificatorias, valores y construir sistemas de códigos (Araya, 2002), en tanto actúan como fuerzas normativas que instituyen límites y modos de acción en hombres y mujeres (Araya, 2002). De acuerdo a lo anterior, en el marco de ésta investigación se hará una revisión teórica y conceptual de las prácticas sociales, de la actitud y de los estereotipos que sustentan la representación social.

## **Estereotipos**

Los estereotipos hacen referencia a imágenes mentales constituidas por formas de pensamiento y juicios valorativos; dicha construcción se obtiene a través del proceso de categorización, ya sea de situaciones, instituciones o personas (Tajfel, 1984). La categorización constituye un proceso cognoscitivo que resulta de las generalizaciones realizadas por el individuo (Tajfel, 1984). Este proceso permite la adaptación cognitiva del sujeto al medio, puesto que le devuelve al sujeto una imagen sistematizada y simplificada del contexto social (Tajfel, 1984). Estas imágenes mentales adquieren un carácter social, y se encuentran

promovidas por el proceso de difusión, cuando son compartidas por entidades sociales compuestas por un número extenso de personas (Tajfel, 1984).

Como se mencionó anteriormente, la creación de estereotipos se relaciona con el proceso de categorización social y comparación social, permitiendo que la persona se perciba a sí misma y que perciba a otras, generando con ello la pertenencia a un grupo (Pujal, 2004). La categoría social actuará como marco interpretativo de la realidad social, con ello el sujeto adquiere identidad y posición social, prefigurando de esta manera una realidad ilusoria de semejanza entre los individuos que forman parte de una categoría (Pujal, 2004). Surgiendo con ello el endogrupo y exogrupo; donde se pueden dar conflicto de intereses o simplemente la búsqueda de distintividad positiva a través del realce de las características seleccionadas como criterios (Tajfel, 1984; Pujal, 2004). A partir de esta diferenciación nace el etnocentrismo, en donde se acentúa el favoritismo hacia el propio grupo y el rechazo e incluso discriminación al grupo contrario (Tajfel, 1984; Pujal, 2004).

Sin embargo, el proceso de categorización intergrupala no se da en igualdad de condiciones dentro de la estructura social. De ésta manera, la aparición de un potencial conflicto de intereses o de hostilidad intergrupala, a causa de los procesos de categorización, dependerá de las creencias que se disponen en la jerarquía social (Smith, 2006). Es dentro de esta jerarquía social donde surge el grupo dominante, entendiéndose éste, como el grupo que tiene un mayor acceso a los recursos materiales y simbólicos (Smith, 2006). Lo que le posibilita desplegar mecanismos de control social que contribuyan a mantener su posición de privilegio (Smith, 2006). Por otro lado, de acuerdo a Tajfel y Turner (1979), la posibilidad de cambio en la estructura social dependerá de la creencia sobre la legitimidad y estabilidad del estatus quo. Es así como la percepción de que la jerarquía social es inestable e ilegítima, movilizan la posibilidad de transformación de lo establecido, desencadenando con ello acciones colectivas y de conflicto intergrupala (Smith, 2006).

### **Actitud:**

Siguiendo a Jodelet (1984) e Ibáñez (1988), la actitud hace referencia a la orientación global de la persona en relación al objeto representado. Dicha orientación puede tener matices tanto positivos como negativos; permite guiar la información afectiva, la evaluación que se hace del objeto y su conducta; constituyendo el primer componente en emerger. Ésta disposición determina la relación que presenta el sujeto con el objeto, al orientar su conducta, dicho componente, por ende, solo se presenta en el polo de la respuesta, haciendo

reaccionar al sujeto frente al estímulo que se encuentra en el tejido social a partir de la predisposición que posee el sujeto hacia dicho estímulo, en cambio en la representación, tanto respuesta como estímulo se encuentran entrelazados (Knapp, Mesas y Suárez, 2003).

De acuerdo a Thomas y Znanieski (1918), estas disposiciones conductuales constituyen el reflejo de los valores sociales de un determinado grupo, los cuales tienen un impacto a nivel individual (en Mesa y Sánchez, 1997). Estos reflejos se derivan en formas de acción que son característicos de un grupo específico, ya que todos los miembros se adhieren al mismo sistema de valores. Regulando con ello la interacción social que se genera entre los miembros de dicho colectivo (Thomas y Znanieski 1918, en Mesa y Sánchez, 1997).

Continuando con lo anterior, de acuerdo a Myers (1995), la actitud hace referencia a la reacción de tipo evaluativa, hacia algo o alguien, la cual puede ser favorable o desfavorable, teniendo presencia con ello en las creencias, sentimientos y conductas proyectadas por el individuo.

Por su parte, Estrada (2002), refiere que la actitud constituye un estado de ánimo que contempla tanto procesos cognitivos como emocionales. Zanna y Rempel (1988), a su vez, establece que las actitudes se desarrollan por medio de la información afectiva, cognitiva y conductual, referente a un grupo, persona u objeto (en Olson y Zanna, 1993). Actuando a su vez, como fuerzas motivacionales de las conductas y por tanto del comportamiento de las personas (Estrada, 2002).

La perspectiva discursiva posiciona al sujeto como un ente activo en la construcción de realidad, donde las personas crean nuevas maneras de pensar el mundo social (Pallí y Martínez, 2004). Esto trae consigo que las actitudes sean consideradas como maneras de hablar, ya que permiten aportarle un sentido al mundo donde se inserta el sujeto, comunicándole a otros cuál es su posición frente a determinadas circunstancias. (Pallí y Martínez, 2004).

Las actitudes se adquieren y consolidan a través de la experiencia y el aprendizaje (Pallí y Martínez, 2004). De esta manera, la simple exposición a un objeto nos hace adquirir información de éste, constituyendo con ello la evaluación del mismo (Pallí y Martínez, 2004). Con respecto a aquello, Zanjonc (1968) establece que el encuentro con un objeto, tan solo un número reducido de veces, nos predispone a presentar una actitud determinada frente a éste (en Perales y Visazcaino, 2007).

Los agentes socializadores, por su parte, median el aprendizaje, que dan forma a las actitudes que porta el sujeto (Pallí & Martínez, 2004). Como agentes principales, es decir, aquellos que realizan un mayor aporte a la formación del ser social, se encuentran la familia, los grupos de pares, amigos, escuela y los medios de comunicación (Pallí & Martínez, 2004). De esta manera el colectivo de referencia cimienta las ideologías que promueve en el pensamiento del sujeto (Pallí & Martínez, 2004). La correlación de la actitud del sujeto con la que promueve el grupo social, dependerá de la referencia que éste tenga del mismo agente socializador, de ésta manera si el grupo social se proyecta en sentido negativo para el sujeto, éste adoptará un actitud contraria a la que tiene el grupo, pero si el grupo simboliza algo positivo para él, su actitud irá en la misma dirección que la del agente social (Pallí & Martínez, 2004). Por su parte, la teoría de la comparación social de Festinger (1954) establece que las personas buscan evaluar sus habilidades y actitudes, estableciendo si son correctas o no en relación al grupo de referencia; aquello se dará de manera sesgada puesto que la comparación solo se realizará con el grupo que se perciba como un igual (en Pallí & Martínez, 2004).

## **Prácticas**

Respecto a las prácticas, Castro (2005) establece que estas aportan la regularidad que organiza lo que hacen hombres y mujeres, adquieren un carácter sistemático y recurrente. En ellas se articula la experiencia y/o pensamiento (Castro, 2005). De esta manera el pensamiento es asimilado como una forma de acción, donde las personas actúan y se relacionan como sujetos conscientes de otros y de sí mismos (Castro, 2005). Siguiendo a Castro (2005) las prácticas pueden descomponerse en 3 características: 1) homogeneidad: lo que los sujetos realizan y la manera en que lo ejecutan; las formas de racionalidad que dan forma a las maneras de hacer; 2) Sistematicidad: las practicas presentan tres dominios, el saber ( relación de dominio sobre las cosas, lo que es factible de ejercer o padecer), el poder ( relación de acción con los otros) y la ética ( la relación que el sujeto tiene consigo mismo), estas tres dimensiones hay que pensarlas en su particularidad y en su interacción; 3) Generalidad: las prácticas son reiterativas, por eso son posibles de generalizar, esto constituye una configuración histórica particular (Castro, 2005).

El escenario dialectico del mundo social permite, a través de sus estructuras, otorgarle una forma y agregarle contenido a las prácticas (Giddens, 1995). Aquello, guarda relación con la vida social que despliega el individuo en un

espacio y tiempo determinado, teniendo en cuenta los discursos y las reflexiones elaboradas, sumado a los elementos constituyentes y constituidos de las estructuras sociales (Giddens, 1995).

Las prácticas contribuyen a la construcción del “ethos”, el cual, de acuerdo a Castro (2005) es una forma de sentir y pensar, de conducirse y de accionar, como un sello de pertenencia. Esto forma parte de la identidad de la persona, condiciona su percepción y su relación con otros (Villa, 1997; Castro, 2005). Las prácticas conservan un vínculo con lo que pensamos, con los aparatos políticos, sociales, históricos y teóricos (Villa, 1997; Castro, 2005).

Las prácticas se encuentran distribuidas en las capas sociales de forma heterogénea, existiendo una desigual distribución social, las cuales se han desarrollado y configurado históricamente como marcas distintivas, es a medida que interactúan todos los elementos de clase, que se construye el universo simbólico (Pedraz, 2005). Por tanto este autor considera que toda práctica corresponde a las características de determinados grupos sociales o clases, por tanto responden a los gustos, necesidades, ideologías e intereses de estos, bajo las cuales se sustentan las prácticas (Pedraz, 2005).

### **3.1.2 Antecedentes históricos en el mundo sobre el abordaje de la enfermedad mental**

Lo que se conoce como enfermedad mental responde a una construcción de racionalidades diferentes que se sustenta en las distintas hegemonías que promueven los valores que se imponen en cada sociedad, de esta forma, el estudio de lo que se denomina enfermedad mental en la actualidad proviene de tiempos remotos, cuyas distintas significaciones y características que se le han dado al fenómeno, ha dependido del contexto sociocultural desde el cual se explica (Galende, 1990).

Todas las sociedades producen sus propias subjetividades y las condiciones necesarias para provocar los distintos padecimientos mentales (Galende, 1990). De igual modo, se llega a un consenso respecto de cuales son los comportamientos aceptados por el grupo social, esto permitiría que exista un consenso normativo que regule el desarrollo del ser humano, así cada individuo se definiría en base a la “validez consensual”; lo que no implica necesariamente que esta validez asegure la salud mental de las personas (Fromm, 1964) que un sujeto se enferme con respecto a las normas históricas, no implica necesariamente que las sociedades sean normales (Galende, 1990). Fromm (1964) a su vez plantea la idea de un defecto socialmente modelado, en donde la

mayoría de las personas al no alcanzar la libertad y la espontaneidad, siendo esto compartido por el resto de la comunidad, implica que no sea percibido como un defecto y de este modo al no alcanzar el sentimiento auténtico de felicidad, se ve compensado por la seguridad que le otorga el grupo con el que comparte dicho defecto. Así la cultura les proporciona a las personas convivir con un defecto, sin enfermarse, un ejemplo de ello es la artificialidad de la emocionalidad y algunos actos a la que se fuerza en la sociedad actual, como la sonrisa artificial, la sorda desesperanza que se ubica en el lugar del dolor auténtico, la charla insignificante que toma el lugar de la verdadera comunicación o la validación de la ambición y la avaricia como formas de alcanzar el éxito (Fromm, 1964).

De esta forma en la escena del medioevo se encontraba dominado por la perspectiva de lo sagrado como marco referencial para explicar las desviaciones que allí existían, por otra parte, en la época del humanismo iluminista, que comienza con la revolución francesa, se promueve la idea de que la medicina orgánica sería capaz de explicar las distintas formas de enfermar que afectan a la sociedad, siendo esta forma la que se encuentra más acorde a los valores que se apoderaban de entramado social (Galende, 1990). Las prácticas que se han promovido, en cada época histórica, para hacer del desviado una persona que se ajuste a la normalidad construida, no han estado exenta de violencia, de esta forma, las prácticas de la medicina con valores progresistas del siglo XIX no se apartaban del oscurantismo y de las medidas represivas que también formaban parte de la época medieval (Galende, 1990). Sumado a ello, la medicina, le asigna al paciente psiquiátrico, la imagen de un enfermo incurable como mecanismo de control, cuya condición crónica evoluciona negativamente con el tiempo, si no es tratado tempranamente, con reacciones imprevisibles y poco comprensibles, de este modo es condenado a la muerte civil, porque lo ubican a éste en una dimensión distinta al del "normal" (Basaglia, 1972).

Con los alcances mencionados anteriormente, es preciso mencionar, como punto de partida, en esta descripción histórica, que la etiología de las enfermedades en los albores de la civilización, en general, era atribuida a causas sobrenaturales, mágicas, influencias espirituales, que eran explicadas a través de los mitos (Fuentealba, 2013). No existía una distinción entre las enfermedades del cuerpo y las mentales; encontrándose el tratamiento marcado por la intensa relación entre el paciente y el curador, que podría ser un chamán, un brujo, etc (Fuentealba, 2013). Las palabras, los ritos y los amuletos mágicos se empleaban para sacar del cuerpo aquellas fuerzas oscuras que provenían de hechiceros o demonios (Muñoz, 1992).



Posteriormente, en Grecia se sientan los pilares para la medicina actual, naciendo con ello los pasos que caracterizan al método científico, la observación, el análisis y la síntesis, lo que da pie para la clasificación por esquemas de determinadas condiciones y con ello el lenguaje médico (Muñoz, 1992). Por tanto, las insipientes clasificaciones diagnósticas, que despertaban el interés de la comunidad, colocaban los cimientos para la manipulación de una realidad que se debe descubrir y describir, con ello las raíces del paradigma positivista.

Platón, atribuye a la falta de armonía del alma la causa de las 4 enfermedades que él establece, proféticas, rituales, poéticas y eróticas (Fuentealba, 2013). Aristóteles incorporaría el pensamiento, estableciendo una unión con el concepto de alma, donde describiría los procesos de memoria, sensación e imaginación, luego de esto Cicerón une los aportes de ambos autores, y en un intento de construir las primeras taxonomías, describe 4 grupos de pasiones: aegritudo (malestar), metus (miedo), voluptas (placer, alegría) y libido (deseo violento) (Heerlein, 2000). Hipócrates, en el siglo V propone que las enfermedades tienen una causa natural y que ocurren debido a un desequilibrio humoral, lo que ocasiona que se altere el funcionamiento cerebral, pudiendo provocar incluso la locura (Heerlein, 2000). Otros intelectuales que establecieron causas naturales a los desordenes psiquiátricos fueron Celso, Areteo de Capadocia, Sorano de Efeso y Galeno, estos teóricos establecen la existencia de 3 tipos de patologías psiquiátricas, manía, frenetis y melancolía, las que tendría su origen en el cuerpo (Fuentealba, 2013). Estos cuadros presentarían una relación con los desordenes mentales actuales; la frenetis, que en ese entonces tenía su raíz en una inflamación del diafragma, correspondería a lo que actualmente se denomina delirio; por otra parte la manía hacia referencia a una enfermedad de la cabeza, la que se asociaría con la esquizofrenia; finalmente la melancolía que tendría su origen en el aparato digestivo se relacionaría con lo que actualmente se conoce como depresión (Fuentealba, 2013). De aquello, es posible inferir que la enfermedad mental se encontraba fuertemente ligada al cuerpo, siendo los desequilibrios del soma los factores mas importante al momento de entender estas desviaciones, situación que marcará fuertemente las épocas venideras, puesto que en la actualidad cuando se habla de las patologías psiquiátricas se toma como marco explicativo principal la biología de las enfermedades, existiendo con ello un desarrollo mayor en las neurociencias en desmedro de aquellas explicaciones subjetivas e intersubjetivas, siendo esto el motor del paradigma biomédico (Pérez, 2012).

La época medieval, por otra parte, se vio marcada por una alta tasa de mortalidad producto de la peste bubónica y la peste negra, lo que se vio traducida en una especie de histeria colectiva, lo que en ese tiempo era visto como “posesiones demoniacas” (Muñoz,1992). Es posible establecer desde allí que las alteraciones mentales tendrían una explicación que radicaba en el dogma religioso, esto impedía que los médicos tuvieran una explicación libre de este sesgo y con ello una visión mas clara de estos cuadros (Muñoz, 1992). Lo que se tradujo, a su vez, en una fuerte estigmatización, con consecuencias muy serias a quienes lo padecían (Fuentealba, 2013). A finales de la edad media la figura del loco fue encerrada en lo que antes eran casas de acogidas para los leprosos, encarnando con ello la imagen atribuida a la figura del leproso, al loco no se le podía tocar, ni ver, era preciso encerrarlo para mantener el orden de la ciudad, en aquella época existía una extrema separación entre la razón y la sinrazón, la sinrazón vehiculizada por el loco debía ser apartada del ciudadano común, pero a su vez era motivo de atracción.La oscuridad simbolizada por el loco acarreaba una serie de contradicciones, por un lado la fascinación hacia esta especie de caos, pero por otro merecía el encierro y el ostracismo (Foucault, 1967). Con ello, además se creó el primer hospital psiquiátrico en el año 1409 en Valencia por el sacerdote Juan Gilbert Jofre, este recinto tenía como objetivo inicial que los locos pudiesen ser recogidos de las calles y ser atendidos de forma cristiana para así evitar el desorden y perjuicio en los pobladores de aquellas ciudades (Muñoz, 1992). Estas especies de defectos, placeres y vicios que encerraba la figura del alienado era vista también como una especie de fuerza que atraía a las personas y las corrompía, guardaban secretos de la animalidad que el ser humano rehuía (Foucault, 1967). De esta manera se puede apreciar cómo el alienado empieza a albergar en su seno la irracionalidad que es estigmatizada y controlada por la razón, en una especie de disputa, donde la mirada comprensiva y la visión holística de estas situaciones no acontecían ya que la propia razón las destierra y la juzga porque la rechaza.

En la época del Renacimiento se pasó de una mirada teocéntrica hacia una perspectiva antropocéntrica en las explicaciones que se hacían sobre la naturaleza de las cosas, con el hombre como el centro del desarrollo social, económico y cultural (Fuentealba, 2013). Siendo el humanismo medico el que ahora intentará abordar las patologías psiquiátricas, pretendiendo ahondar en la individualidad mórbida que da origen a la situación del sujeto, reconstruyendo las prácticas de medicas de antaño, siendo el trato mas centrado en el sujeto y su propia subjetividad (Fuentealba,2013). Aunque, de un modo paradójico, esta perspectiva más antropocéntrica no trajo consigo esa especie de trato mas

humanitario que se proponía, sino que se cometieron persecuciones mucho más violentas que en la época medieval (Muñoz, 1992). Así también, Carlos Pérez (2013), propone que el rigor científico de esa época redujo la condición del sujeto a un objeto manipulable, del que es preciso controlar mediante prácticas que incluso inoculan el miedo en el paciente a través de medidas violentas, así por tanto este autor plantea la hipótesis de que el maltrato hacia los locos es una herencia más propia de la ilustración que de la edad media.

En el Renacimiento emerge una figura simbólica que se encargó de liberar a la ciudad del insensato, ésta figura ha sido denominada “la nave de los locos”, siendo retratada por la literatura y los registros que se encuentran en la documentación historiográfica (Foucault, 1967). Foucault (1967) menciona que el navío pretendía expulsar a los insensatos de las ciudades para que fuesen en busca de la razón, apartarlos del orden de la ciudad implicaba para ellos volverse prisioneros de su situación, dejándolos a la deriva en una ciudad ajena a ellos, a su vez esto les aseguraba que el loco no perturbara su conciencia al desterrarlos, de ello puedo extraer que aquel que es denominado “enfermo mental”, en la actualidad se sienta, aún, extranjero en su propia patria, donde se le encierra incluso, en ocasiones, por tener perturbaciones que la razón aun no logra descifrar.

Durante la fase que se denomina el “siglo de las luces”, donde la fe religiosa se reemplaza por el culto a la ciencia, genera una proliferación de los hospitales psiquiátricos, con incipientes avances en problemáticas psiquiátricas pero no con un correlato en lo terapéutico de quienes eran encerrados (Muñoz, 1992). Si bien es cierto, que algunos doctores se intentaron ocupar de los pacientes, aun no existía la psiquiatría como especialidad (Fuentelba,2013).

A partir de la revolución francesa y en base a los principios y valores que enarbola, provoca, también, una revolución en las instituciones psiquiátricas. Se introduce el tratamiento moral, surge el alienista o médico especializado en “alienado”. Se distingue el loco del somático y se identifican diversos tipos de locura diferenciándolos de otros trastornos, se inicia la taxonomía y se abre el camino para la psiquiatría fuera del manicomio (Fuentelba,2013).De esta manera surge la denominación “enfermo mental” luego de grandes transformaciones sociales, instaurando un nuevo criterio basado en los Derechos Humanos. Es a Phillip Pinel a quien se le atribuye principalmente la instauración del criterio fisiológico en el cual el alienado adquiere la condición de un enfermo del cerebro, sujeto entonces del estudio de la ciencia médica (Novoa, 2014).La realidad del paciente con ello ha quedado anclada históricamente a la institución que

construye la enfermedad, es decir la psiquiatría; según Basaglia (1979) “la historia de la psiquiatría es la historia de los psiquiatras y no la historia de los enfermos” (p.25). Creando una relación de total dependencia entre el “enfermo” y su médico, de la cual no ha logrado aun liberarse, esto trae como consecuencia que el mismo paciente no se posicione de un modo crítico frente al psiquiatra y su condición. De esta forma el yo del “paciente” se ve construido por el orden institucional, quedando constreñido a las formas de funcionamiento del tejido social, perdiendo con ello su propia identidad y asumiendo aquella imagen que le otorga la institución (Basaglia, 1972). Así mismo, la experiencia de ser enfermo va más allá de una condición jurídica, es una experiencia real que se imprime en el hecho patológico (Foucault, 1984).

Con la obra de Pinel y de su discípulo Esquirol, la psiquiatría se libera, casi definitivamente, de las interpretaciones demonológicas poniéndose énfasis en la observación empírica, el análisis racional de los hechos psiquiátricos y la incorporación de métodos científicos en el tratamiento de personas con trastorno mental -con lo que la psiquiatría se acerca finalmente a la medicina- (Muñoz, 1992). Por otra parte, Vincenzo Chiarugi (1794) en su tratado “On Insanity” – Sobre la Locura- sostiene que los manicomios no estaban simplemente para separar a los pacientes mentales, sino para curarlos, estableciendo regulaciones respecto al trato del enfermo mental, que por primera vez emerge como una “persona pública moderna” (en Shorter, 1997).

Hacia fines del siglo XIX y principios del siglo XX emergen dos corrientes de la psiquiatría, por un lado se encuentra la psiquiatría romántica, con un acercamiento más contextual a la realidad del enfermo, y por otro, la psiquiatría biológica, quien seguirá pregonando sobre los sustentos neurológicos que da origen a las enfermedades mentales (Fuentelba, 2013). Continuando con la caracterización de esta diferenciación, aquellos que se acercaban a la línea romántica, eran llamados de orientación psicologista, de este modo, se hacía hincapié en el ambiente. Por su parte, para la psiquiatría biológica, el énfasis está puesto en la anatomía y química cerebral, pero fundamentalmente en la influencia del factor hereditario, identificando algunas historias familiares, en las que la melancolía y el suicidio eran recurrentes (Fuentelba, 2013)

Investigadores biologicistas como William Battle sostenían que la herencia constituía un aspecto primigenio, ya que si uno de los padres tenía un trastorno psiquiátrico, lo más probable que uno de la descendencia también lo manifestara e incluso íconos de la psiquiatría como Pinel y Esquirol llenaron sendas páginas sobre la herencia, ya que en sus observaciones habían dado cuenta de

generaciones de familias en las que se manifestaba una enfermedad mental (Shorter,1997).

A partir de los planeamientos de ambas vertientes se facilita el proceso diagnóstico y diferenciación de trastornos y se inicia así una rápida evolución de la taxonomía que desencadena una suerte de perfeccionamiento continuo las clasificaciones psiquiátricas con un nivel de aceptación cada vez más universal (Fuentealba, 2013).La locura se convierte en una entidad clínica que es preciso atender desde la medicina. Sin embargo, a lo largo del siglo XIX el enajenado va a seguir siendo considerado como una persona jurídicamente irresponsable, iniciándose así, una compleja alianza entre la Psiquiatría y el Derecho. Los psiquiatras van a constituirse en los tutores de estos seres “perversos”, que no son responsables de sus conductas ni crímenes, basándose en las ideas de peligrosidad, incurabilidad e irresponsabilidad (Fuentealba, 2013).

A su vez, emergió una sobrepoblación en los hospitales que albergaban a los locos, esta sobrepoblación debido a los planteamientos de la psiquiatría biológica, en donde se le adjudicaba una imagen de incurabilidad al loco, hizo que se dificultara la labor curativa al interior de esos recintos, justificando con ello el aislamiento (Fuentealba, 2013). Por su parte, la grave situación de pobreza por la que estaba atravesando Europa en esa época y a su vez la emergencia de la familia como una unidad funcional importante al interior de la sociedad, el enfermo mental era visto como una carga difícil de llevar, como un factor disruptivo de la dinámica familiar, de esta forma el sistema precisaba deshacerse de este agente que alteraba el orden familiar (Shorter, 1997).

A mediados del siglo, se producen ciertos avances en el área de la salud, que afectan directamente las escuelas de psiquiatría. Por un lado se produce la proliferación de las escuelas de psicoanálisis, y por otro se produce un incremento en la investigación médica en torno a las enfermedades mentales (Shorter, 1997). Estos cambios paradigmáticos son impulsados por el aporte de las concepciones de Kraepelin y de Freud,el primero, propugna un acercamiento al enfermo para realizar la observación que requiere un análisis clínico del caso; y el segundo, considera indispensable escuchar al enfermo y comprenderlo para poder proponer los tratamientos adecuados para superar sus problemas de salud mental (Fuentealba, 2013). Otros autores que realizaron importantes aportes al estudio de las patologías psiquiátricas fueron Bleuler y Shneider, quienes profundizaron sus investigaciones en el área de la psicología clínica, y por otro lado Jaspers, quien proporcionó una mirada fenomenológica a los casos clínicos, realizando una crítica al criterio diagnóstico y los métodos tradicionales de la psiquiatría

clínica, promocionando la valoración del enfermo por sobre su sintomatología (Heerlein, 2000).

Otro hito importante para el siglo XX, fueron los descubrimientos para la industria farmacéutica. De esta manera el descubrimiento de la Clorpromacina a mediados de los cincuenta es de vital importancia en la dirección que adopta el desarrollo de la psiquiatría y el tratamiento de trastornos psiquiátricos severos como la Esquizofrenia (Fernández y Gabay, 2003). En efecto, la aparición de este medicamento en 1950, marcará el inicio de la “época moderna” de los tratamientos antipsicóticos y, debido a su efectividad en la reducción de las alucinaciones y la hostilidad, su uso se difundió rápidamente. No obstante, junto a esto se observaron efectos secundarios que contribuyeron a la estigmatización de los pacientes (reducción en la expresividad facial, aparición de movimientos espásticos, sensación de sequedad en la boca, somnolencia, problemas para hablar, erupciones en la piel) (Fuentealba, 2013). Pese a lo expresado, la introducción del fármaco en el tratamiento de las personas que comportaban una patología psiquiátrica, permitió la disminución de la población en los recintos hospitalarios y con ello la reinserción social.

Pese a lo anterior surgirá un movimiento social, denominado antipsiquiatría, quien cuestionará, por un lado, las bases científicas de la psiquiatría, los efectos del medicamento que se empleaba en los pacientes y una serie de cuestiones sanitarias y sociales que se desarrollaban en torno a la figura del alienado (Shorter, 1997). Incluso, la crítica iba más allá, y se emplazaba a los fármacos denominándolos camisas de fuerzas electroquímicas, que no estarán tan distantes de aquellos tratos vejatorios al interior de los manicomios, de este modo el paciente ahora estará inmovilizado por la acción del fármaco (Shorter, 1997). Pese a la liberación en masa de los pacientes psiquiátricos, en la sociedad aún se encontraba profundamente arraigada la imagen del enfermo como una persona violenta, indescifrable, impredecible, irracional, etc, de modo que las murallas de los hospitales se convertirán ahora en las paredes de las conciencias de la sociedad (Pérez, 2013).

### **3.1.3 Antecedentes históricos en Chile sobre el abordaje de la enfermedad mental**

Según Aroca (2005) la evolución de la psiquiatría en nuestro país puede dividirse en tres etapas: La primera de ellas se denomina del Asilo, por la función fundamentalmente de reclusión que se le otorga a la institución y se desarrolla

entre 1852 y 1952. A partir del año 1953 y hasta 1970, se desarrolla la segunda etapa denominada Hospital Psiquiátrico; debido al incipiente criterio médico con que se comenzó a abordar la locura, en cuanto enfermedad curable. Como tercera etapa, se considera la era de la Salud Mental de la Comunidad, que comprende desde 1971 hasta el día de hoy, teniendo en cuenta el largo periodo de estancamiento y retroceso provocado por el golpe militar.

El primer suceso relevante en la historia de la psiquiatría en Chile fue la fundación de la casa de orates de Nuestra Señora de los Ángeles en 1852, considerado el primer establecimiento destinado a la internación de personas con enfermedades psiquiátricas (Escobar, Medina y Quijada, 2002). Esta casa de reclusión tenía como objetivo defender a la sociedad del caos que implicaba la figura del loco, destinado, por tanto, a evitar disturbios y escándalos que a ojos de la sociedad conservadora de ese entonces eran totalmente repudiables, así el loco era encerrado con prostitutas, delincuentes y borrachos (Escobar, Medina y Quijada, 2002).

Los enfermos, en un principio, eran tratados por médicos generales, que posteriormente, debido a su experiencia se especializaron en psiquiatría (Escobar, Medina y Quijada, 2002). El rol del médico, sin embargo estaba supeditado al de la autoridad religiosa o las instituciones de beneficencia que se encargaban de administrar dichos recintos, por tanto, las acciones terapéuticas eran confundidas con el tratamiento moral que realmente se empleaba para “enderezar” a los locos (Escobar, Medina y Quijada, 2002).

La casa de Orates albergaba a personas de condición socioeconómica muy baja, en donde encerraban a personas que deambulaban por las calles, a quienes sus familiares habían abandonado, de esta manera, era más bien un recinto destinado a la caridad; en el primer periodo de la casa no existen registros de que hayan estado personas de la clase acomodada, estas vendrían recién a irrumpir, a finales del siglo XIX en la casa de internación privada (Aroca, 2005). Las familias que pertenecían a la elite prefería esconder a sus locos en sus propios recintos, a su vez, se ha encontrado evidencia, en donde, estas familias para resguardar su propia imagen frente a sus redes sociales, declaraban judicialmente incompetentes a los enfermos mentales, para que de esta forma su patrimonio no estuviera en manos de los insanos (Aroca, 2005).

A partir de los años 50 la institución del Asilo, como era concebida tradicionalmente, evoluciona adoptando una postura médica, la Casa de Orates se convierte en el Hospital Psiquiátrico, se instauran cátedras regulares y se comienza la formación de la psiquiatría como especialidad de la medicina

(Escobar, Medina y Quijada, 2002). Además, se pretende lograr la especialización, no sólo de los médicos, sino del personal técnico y auxiliar para que respondieran a las necesidades terapéuticas de los enfermos, realizando investigaciones que respalden los logros terapéuticos obtenidos, al perfeccionar los criterios diagnósticos, el especialista pasa a ser más respetado y consultado, las estadísticas permiten demostrar una mayor efectividad en los tratamientos, y tener una afección psiquiátrica va dejando de ser una vergüenza crónica e irreversible (Escobar, Medina y Quijada, 2002).

En el año 1952, se realiza la fundación de la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, bajo la dependencia administrativa del Hospital José Joaquín Aguirre. Esta red incluía la consulta ambulatoria, hospitalización de día, talleres de rehabilitación, psiquiatría de enlace y otras formas de tratamiento que superan la concepción asilar (Fuentelba, 2013). En este periodo, el asistencialismo es concebido como un deber nacional, por lo que se amplía la cobertura y se incorporan técnicas psicoterapéuticas y farmacológicas que permiten la atención externa de algunos casos (Fuentelba, 2013).

Se tornan prioritarios el control y prevención del alcoholismo y el tratamiento de la neurosis, para ello se dispone la preparación de profesionales de la salud mental en las universidades (Escobar, Medina y Quijada, 2002).

A partir de la década del 60' el escenario internacional se vio convulsionado por las reformas impulsadas por el movimiento antipsiquiátrico, quienes orientaron la perspectiva de los tratamientos hacia lo social y la incorporación de lo comunitario en las prácticas sanitarias (Aroca, 2005). El giro en este periodo, impulsado por el movimiento antipsiquiatra de Italia, en donde se procedió a cerrar gran cantidad de hospitales psiquiátricos, introdujo una nueva forma de tratamiento, en donde lo ambulatorio, el trabajo grupal y la adquisición de herramientas sociolaborales son los ejes de la intervención, con lo cual el hospital pasa a ser un centro de apoyo al tratamiento y no el eje central de este (Aroca, 2005).

Desde el 70' se introdujeron técnicas de tratamiento farmacológico basadas en la evidencia de investigaciones que indicaron que un porcentaje no menor de la población (20%) requería de atención psiquiátrica, la que no podía ser abordada sólo institucionalmente (Escobar, Medina y Quijada, 2002). Así se planteó el desafío de fondo, que implicaba la transferencia de los programas de asistencia, docencia e investigación, desde lo institucional acotada al ejercicio "medico-profesional", a una estructura comunitaria "de masas" (Escobar, Medina y Quijada, 2002). En términos de programa, la asistencia es entendida sectorialmente como labores de líderes de la comunidad, personal de la salud y el



equipo de salud mental, siendo la prevención tarea de toda la población, de esta forma la investigación científica se “centra en la creación, implementación y evaluación de programas populares de salud mental” (Medina, Escobar, Quijada, 2002).

Las primeras experiencias de psiquiatría comunitaria en Chile fueron encabezadas por los profesionales Juan Marconi, Luis Weinstein y Martín Cordero (Torres, 2001). El primero se enfoca en la psiquiatría comunitaria, mientras que Weinstein desarrolla el modelo de salud mental poblacional (Torres, 2001). Ambas corrientes tenían un posicionamiento crítico sobre la institución psiquiátrica y los servicios de salud mental, intentando promover el desarrollo del rol de los agentes comunitarios en las prácticas de salud mental (Torres, 2001). En sus intervenciones se preocuparon por las cosmovisiones locales, los procesos culturales de cada población, la capacitación de los pobladores, su organización, etc, todos estos factores se tornaron indispensables en los procesos de cambio social (Torres, 2001).

Todo ello, cambiará abruptamente con el golpe militar el año 1973, minando la agencia de lo comunitario, afectando a todas las instituciones políticas y sociales, y con ello todas las iniciativas asociadas al empoderamiento de las comunidades (Torres, 2001). El golpe militar trajo consigo el auge del modelo biológico, priorizándose la farmacología por sobre la integración social (Aroca, 2005).

En 1990, tras el retorno de la democracia, se retoma paulatinamente la orientación comunitaria de la salud mental. A partir de ello, se identifica la necesidad de acercar de manera concreta la atención en salud a la comunidad como la integración de los servicios de psiquiatría a los hospitales generales -con otras especialidades- y la creación de dispositivos comunitarios en atención primaria, COSAM, Centros Comunitarios de Salud Mental, entre otros (Aroca, 2005). Aunque aquello se verá entrampado por la terapia de shock realizado por la dictadura, donde surgió la destrucción progresiva del tejido social y de toda experiencia comunitaria; de esta forma el enfoque sigue estando en la patologización individual y la sobremedicación del malestar social y con ello el fortalecimiento de un individualismo salvaje, así, estos centros de salud mental con enfoque comunitario seguirá siendo dominado por el enfoque biomédico (Perez, 2012).

### **3.1.4 Paciente psiquiátrico, enfermedad mental**

El enfermo mental es el único enfermo que no puede ser enfermo, puesto que se le etiqueta desde el exterior como peligroso para sí mismo o para los demás (Basaglia, 1972). El enfermo mental está atado a una situación en la que aún, se le considera una persona sin ningún derecho (Basaglia, 1972)

La enfermedad mental, además asume una forma particular de relacionarnos con aquel que se etiqueta, llevando implícitos formas de acción hacia el sujeto que carga con el cuerpo de preconceptos asociados a su particular forma de ser, por tanto, se asume. Por ejemplo, que de un individuo diagnosticado con esquizofrenia emerjan acciones asociadas a la sintomatología de la esquizofrenia. Así el discurso psiquiátrico encierra la subjetividad del “paciente psiquiátrico”, estigmatizándolo, donde la etiqueta, en el medio social, adquiere un valor, que va más allá de la condición de la persona (Basaglia, 1972). Todo aquello, se ve reforzado por el rol que juegan los medios de comunicación en la imagen que se promueve del paciente psiquiátrico, donde se termina condensando una descripción gráfica del usuario, asociada más al modelo biomédico, de orientaciones científicas principalmente, en desmedro de aquellas explicaciones psicosociales (Bueno y Mestre, 2006). Estas imágenes finalmente terminan devaluando a las personas con enfermedades mentales y con ello generando las condiciones propicias para que surja la discriminación (Crespo, Guillén, Muñoz y Pérez, 2009).

Por otro lado la representación de la enfermedad mental, tanto de quien la padece como aquellos que construyen saberes y prácticas sobre ella, están sustentados en una orden de significados y lenguaje (Galende, 1990). Así por tanto, la psiquiatría plantea que la causalidad se encuentra en un orden natural, extralingüístico, sin embargo, esto no exime que el sufrimiento subjetivo esté anclado a la relación que el sujeto tiene con los símbolos que lo unen al mundo, a la relación con otros y a sí mismo (Galende, 1990). A partir de allí es posible establecer que los procesos de enfermedad tienen un impacto directo en el mundo emocional de quien recibe el diagnóstico, dicha emocionalidad tiene estrecha relación con los efectos que presenta la enfermedad en la persona, ya sea individual o social (Aranda, Munguía, Salazar y Torres, 2005).

Por otro lado, al entender al “enfermo” como un sujeto situado históricamente, éste conforme, a lo dicho por Galende (1990), no debiese ser separado de sus condiciones de vida previas a su patología, pero la psiquiatría insiste en excluirlas, esto posibilita que se invisibilicen ciertos rasgos patógenos de la vida social, negando con ello que no hay lugar para los que fracasan o se marginan, sintiéndose la sociedad de este modo aliviada por los que expulsa y segrega bajo

el rotulo de “enfermo”. De este modo al diagnosticar la enfermedad, se excluye al enfermo, ya que la sociedad no quiere reconocerse en ese enfermo que aparta, estigmatiza y en ocasiones queda destinado al ostracismo (Foucault, 1984). Por tanto el diagnostico queda constituido como herramienta en favor del orden social, impuesto desde un espacio de poder que queda sustentado en aquel signo que escinde (Basaglia, 1972). Regulando aquellas formas de acción que se realizan hacia el enfermo (Basaglia, 1972). Dentro de las variables psicosociales que inciden en las conductas que las personas tienen hacia la enfermedad se encuentra la información que se posee de la enfermedad, la autoestima, el apoyo y la participación social (Bueno y Mestre, 2005).

Así por tanto, al hablar de enfermedad mental, se hace tangible una realidad que emerge mas desde lo cotidiano y social, que algo que surja desde lo individual y biológico, por ende la práctica clínica se sitúa más bien como control social y coerción. (Jauregui, 2008, en Reyes, 2009). A partir de este escenario de control es que surgen juicios valorativos en torno al propio paciente psiquiátrico, dicha línea que delimita la normalidad de aquellos que se desvían de la norma propician las formas de exclusión que se sustentan en el contexto histórico y cultural (Bueno y Mestre 2005). Así también, Link y Phelman (2001) sostienen que dentro de los componentes que inciden en el estigma asociado a la patología psiquiátrica se encuentran las creencias culturales dominantes. Éstas terminan vinculando a la persona etiquetada con características indeseables y estereotipos negativos. Éstas formas de pensamiento hegemónico determinan a su vez las reacciones que las personas adoptan hacia la enfermedad mental (Taylor, 1990). De esta manera, las formas de pensamiento que se circunscriben en torno a la enfermedad mental trae aparejado acciones que limitan el desarrollo social y personal de quienes portan una etiqueta diagnostica (Crespo et al, 2009).

Uno de los modelos psicosociales que explica el proceso de estigma asociado a la enfermedad mental y que justifica los modos de actuar hacia la enfermedad mental y hacia quienes son diagnosticados, es el modelo de la motivación (Crespo et al, 2009). Éstas fuerzas motivacionales engloban: La percepción de que el mundo es justo, donde cada uno tiene lo que se merece, una estructura social jerarquica que mantenga las diferencias de poder entre los distintos grupos y la mantención de una identidad social (Crespo et al, 2009).

Desde una perspectiva crítica es posible enunciar que según el profesor Carlos Pérez, el modelo de enfermedad provoca una tendencia a responsabilizar al sujeto de sus padecimientos y supuestas carencias individuales y habilidades sociales (Pérez, 2012). De allí se desprende la idea de que el “enfermo mental” es

un sujeto que se encuentra anclado a los modos de producir enfermedad desde el tejido social, desde donde éste se ve inmerso, con los correspondientes sentimientos de “culpa”, por no cumplir con los estándares que se erigen de “ser persona productiva” dentro de su contexto, provocándose con ello la estigmatización de la diferencia.

Finalmente el “paciente psiquiátrico” es sobre todo un excluido, pues luego del etiquetamiento diagnóstico, todos sus actos (e incluso emociones) se encuentran constantemente asociados y definidos por la enfermedad. (Basaglia, 1972). Por tanto el enfoque que emerge desde la investigación recae en la importancia de la categoría social de “paciente psiquiátrico” y se considerará a quienes posean un diagnóstico formulado por un médico psiquiatra y que reciban o hayan recibido un tratamiento (farmacológico y psicoterapéutico) (Novoa 2014).

### **3.2 Antecedentes Empíricos**

En este apartado se dará un esbozo sobre lo que es considerado “enfermedad mental” y su modo de definirlo, según los manuales de clasificación y semiología psiquiátrica, las políticas públicas apuntadas a este concepto construido por la comunidad científica y validada por el aparato estatal mediante algunos artículos dispuestos en la constitución, la prevalencia de estos “trastornos” en la población y algunos hallazgos en relación a investigaciones realizadas en torno a la condición actual del paciente psiquiátrico, desde sus propios protagonistas, y sumado a ello, investigaciones que hacen referencia a las representaciones sociales, que existen en torno a la enfermedad mental.

En relación a la definición de “enfermedad mental”, este es un concepto aún ampliamente cuestionado por la comunidad psiquiátrica en conjunto con la OMS; por lo que se ha preferido denominar a aquellas condiciones como “trastornos mentales”, desde allí surge una definición que se formula según La Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y recomendada por la OMS (2001), la definición es la siguiente:

“Los trastornos mentales y conductuales se consideran afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, de la afectividad (emociones) o del comportamiento asociadas a angustia personal, a alteraciones del funcionamiento o a ambos. No son sólo variaciones dentro de la “normalidad”, sino fenómenos claramente anormales o patológicos”. (p.21)

Con respecto a nuestro país, en la norma vigente, se toman por igual los conceptos tanto de trastorno mental como enfermedad mental (Novoa 2014),

siendo estos entendidos, según el CIE-10 como “condición mórbida que sobreviene en una persona, afectando en intensidades variables, el funcionamiento de la mente, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente” (Art. 6 del D.S.570, inciso 2.)

Por otro lado, en cuanto a la epidemiología psiquiátrica, en nuestro país según el Estudio Chileno de Prevalencia de Patología Psiquiátrica (2002), un 36% de la población mayor de 15 años había tenido un desorden psiquiátrico a lo largo de su vida, (una de cada tres personas) mientras que un 22,6% había tenido un desorden en los últimos 6 meses (esto es una de cada cinco personas) (Kohn, Saldivia, Rioseco y Vicente, 2007). En cuanto a la tasa de prevalencia psiquiátrica, el mayor predominio de “patologías” recae en los trastornos por ansiedad y la depresión mayor constituyen uno de los trastornos específicos más prevalentes, 9,2% en vida y 5,7% en un año. Los trastornos por consumo de alcohol y drogas presentan también una alta prevalencia, 11% y 8,1%, respectivamente. Una apreciable proporción de la población presenta trastornos moderados, 5,5% y severos, 3,3% (Kohn et al, 2007). A nivel regional, según la SEREMI de salud de la Región del Bío Bío ( 2015) la tasa de prevalencia de control por esquizofrenia evidencia un aumento entre el año 2008 (6,13%) y el 2012 (7,77%), por otra parte la tasa de prevalencia de control de trastorno de personalidad evidencia un aumento entre el año 2008 ( 14,08%) a un (29,49%) y finalmente la prevalencia de control por alcoholismo evidencia una disminución entre el año 2008 (24,37%) al año 2012 ( 22, 90%)

En cuanto a las políticas públicas apuntadas a tratar este “malestar social”, es posible mencionar que actualmente existen nuevas aproximaciones a la salud mental, orientadas por una perspectiva positiva, que pretenden dar cuenta de la articulación que existe entre salud física, psicológica y social (MINSAL, 2011). De esta concepción se derivan desafíos importantes en el mediano y largo plazo, como la necesidad de equilibrar los esfuerzos que los servicios de salud destinan a los ámbitos de tratamiento, prevención y promoción de la salud mental, así como fortalecer estrategias inter-sectoriales que permitan abordar el asunto en su relación con los problemas concretos que afectan al ámbito de la vivienda, el trabajo, el transporte, los aparatos judiciales, el sistema educacional y los contextos locales (MINSAL, 2010).

Por otra parte, en el año 2012 se realizó el segundo informe WHO AIMS en Chile, investigación realizada por la escuela de salud pública de la Universidad de Chile, solicitado por el ministerio de salud, que tiene como base, el instrumento de salud mental de la OMS. Dicho informe tiene como objetivo realizar un diagnóstico a

Sistema de Salud Mental en Chile, con ello se realiza una revisión a los recursos que dispone para ello, las normativas y estrategias que se orientan para afrontar la situación sanitaria que enfrenta el sistema, y otros indicadores complementarios (OMS, 2014).

En materia de legislación, el diagnóstico estableció que Chile no cuenta con una ley específica en salud mental, sino que varios aspectos de la misma se encuentra regulado por algunas leyes dispuestas en la constitución, que incluso no cuentan con los estándares establecidos por la ONU y La OMS. Dentro de ello se detalla, por ejemplo, que en la ley 20.584, el médico se encuentra autorizado a negar la información de su ficha clínica al paciente, si el especialista lo encuentra pertinente; la ley 20.422, por otro lado no reconoce la capacidad jurídica de las personas con discapacidad mental; la ley 20.584, por su parte, permite que se le puedan realizar tratamientos irreversibles a los pacientes psiquiátricos, como es el caso de la esterilización y la psicocirugía, sin el consentimiento de la persona afectada de por medio; siguiendo la misma línea, la ley 20.594 no establece que exista una autoridad independiente que fiscalice las hospitalizaciones involuntarias y los abusos que se cometen al interior de instituciones donde se trata a los sujetos diagnosticados con alguna patología (OMS, 2014).

En relación al presupuesto destinado al financiamiento del sistema de salud mental, se reconoce solo una muy leve variación, entre el capital empleado el año 2004 respecto del año 2012, así, en el informe anterior se detalla que el gasto fiscal fue de un 2,14 % y en el año 2012 alcanzó la cifra de 2,16%; de este modo solo existió una variación del 0,02% entre ambos diagnósticos, siendo un gasto por debajo de la meta del 5% que se esperaba para el 2010 (OMS, 2014).

Con respecto a las investigaciones que se realizan en salud mental, la mayor cantidad de éstas son realizadas por la psiquiatría, presentando el doble de publicaciones que el resto de los profesionales, 19,6% para los psiquiatras y un rango de 7,9% a 11,8% para los otros profesionales (OMS, 2014). Por último, un bajo porcentaje de trabajadores que son empleados del sistema público ha estado involucrado en investigaciones en los últimos 5 años previos al informe (OMS, 2014).

Por otra lado, Castillo y Cea (2017), en su investigación, que tuvo como escenario el primer encuentro nacional de los derechos de las personas en situación de discapacidad del año 2015, recabaron, mediante el análisis de contenido de los relatos obtenidos en mesas de discusión conformadas por las personas en situación de discapacidad, se reportó una profunda radiografía, desde las voces de los protagonistas, al sistema de salud actual chileno y a su vez las trabas, que

visualizan ellos, y que inciden en el desarrollo del ejercicio de sus derechos. De esta manera, se encontraron 3 limitaciones estructurales para la plena acción de sus derechos, en términos generales serían el enfoque biomédico, la reproducción de un modelo asistencialista y la vigencia del paradigma asilar (Castillo y Cea, 2017). Con respecto al enfoque biomédico, los usuarios y ex usuarios de la psiquiatría señalan que el paradigma biológico, muchas veces, trae consigo procesos de infantilización y dependencia que no favorecen el ejercicio de su plena autonomía, sumado a que dicho enfoque no favorece una relación horizontal, sino que incluso reduce los pacientes a una condición de objeto, al respecto un usuario señala:

“Que tengan más empatía con los usuarios, creyéndole a uno lo que está sintiendo, escuchándola, que haya más tiempo de atención y con mayor dedicación por parte del profesional, que se preocupen más de nosotros, dediquen más tiempo a los pacientes y den más orientaciones. No necesitamos que nos maltraten, nos peguen, necesitamos que nos escuchen. Que se pongan cinco minutos en los zapatos de uno y vean la realidad tal como es” (p.84).

Castillo y Cea (2017), a partir de los resultados obtenidos, señalan además que el hecho de adjudicarle un carácter crónico a la condición del usuario, refuerza la percepción de que el sujeto se encuentra inhabilitado para el desarrollo de sus habilidades, con ello el núcleo familiar no potencia instancias para que ellos puedan desarrollar plenamente sus talentos, inhabilitando de esta manera espacios de autoreconocimiento para los pacientes. Otro aspecto que tiene relación con la discriminación, es el imaginario construido por los medios de comunicación, en donde muchas veces se le atribuye cualidades de peligrosidad y violencia a la figura del loco, estigma que obstruye tener una imagen mas clara del sujeto psiquiatrizado (Castillo y Cea, 2017).

### **3.2.1 Representaciones sociales sobre la enfermedad mental**

Bueno y Mestre (2005) reportan que la Representación Social de la enfermedad mental condiciona la evolución de la enfermedad. De este modo, la concepción que se tenga sobre los trastornos mentales, queda anclada a la representación que se tenga de ellos, independiente de la verdadera naturaleza de estos, y con ello también, las conductas que se orientan hacia el trastorno; lo que termina por redefinir el curso y la terapia de los trastornos.

Si bien es cierto, que las Representaciones Sociales sobre la enfermedad mental son heterogéneas, estas marcan fuertemente el comportamiento social mediante una evaluación negativa y estigmatizante del “enfermo” y su dolencia, en donde se perpetúa una visión biologicista y de incurabilidad durante el curso de la misma (modelo biomédico) (Bueno y Mestre, 2005). Siguiendo esta línea, Fariña y Fisher (1982) establecen que las representaciones sociales sobre la enfermedad mental que tienen los pacientes y que se encuentran ancladas al modelo biologicista, hace que los sujetos adopten una actitud pasiva frente a su condición, evitando con ello toda responsabilidad personal en torno a su estado (en Ayestaran y Páez, 1986 ). A su vez, Fuentealba (2013), en su investigación, “Representaciones Sociales de la esquizofrenia en las redes sociales primarias de personas esquizofrénicas”, arrojó que la imagen que tiene la familia y la Red Social primaria se ancla a las creencias dominantes, de nuestra cultura, lo que construye una percepción estereotípica del paciente; todo aquello integrado en la representación social que la cultura determina, esto obstruye que emerja la subjetividad del sujeto esquizofrénico. Dentro de las características que prevalecen, es el de alguien que no puede tomar decisiones racionalmente para su propia vida, incompetente en términos laborales, sin voluntad para realizar tareas, poco confiables, con conductas agresivas e inclusive peligrosos y que no tienen posibilidad de recuperación o rehabilitación Fuentealba (2013). La imagen, por tanto, según Fuentealba (2013), se asocia a la corriente mas ortodoxa de la psiquiatría y la psicología, es decir, el paradigma biologicista, que sostiene una representación de deterioro progresivo y crónico, sujeto a descompensaciones, que alucina y con ello desconectado, por tanto, de la realidad, lo que lo inhabilitaría, de acuerdo a esta imagen, para desarrollar competencias laborales e insertarse de un modo efectivo en la sociedad.

Novoa (2014), por su parte, concluye que las representaciones sociales, aportan una imagen negativa del “paciente psiquiátrico”, lo que constituye un escenario adverso para la implementación de un modelo de salud mental comunitario, debido a que los servicios de salud tropiezan con el predominio de representaciones sociales estigmatizantes y discriminatorias en el equipo de profesionales, que son traspasadas al propio paciente, el que termina por asumir la etiqueta diagnóstica impuesta.

Ayestaran y Paéz (1986) señalan, que si bien es cierto que las creencias colectivas que se tienen sobre la enfermedad psiquiátrica han evolucionado, aquello, no ha estado correlacionado con una modificación en el comportamiento y sentimiento del público ante la enfermedad mental. Por ende, a pesar de que



existen sujetos con creencias muy diferentes hacia la enfermedad mental, todos mantienen una actitud de rechazo hacia la misma, de lo que se concluye que la creencia solo explicaría parcialmente el comportamiento hacia quien comporta el rotulo de enfermo (Ayestaran y Paéz, 1986).

### **3.3 Marco Epistemológico/reflexividad**

La propuesta de marco es el constructivismo social, por ende los aspectos metodológicos, epistemológicos y ontológicos se encontrarán fundamentados por la cosmovisión de este enfoque.

La Teoría de las Representaciones Sociales centra su interés en el conocimiento, el cual corresponde al denominado sentido común o pensamiento ingenuo (Abric, 2001). Este conocimiento es producto del proceso de reconstrucción realizado a nivel individual y grupal, a través del sistema cognitivo y factores sociales tales como: historia, contexto social y sistema de valores socio-histórico (Abric, 2001). Este conocimiento está basado en tradiciones compartidas, que se han nutrido de las experiencias y observaciones, extraídas de las prácticas (Moscovici y Hewstone, 1986). Todo lo anterior se almacena en el lenguaje, y en la esencia de los miembros de una determinada sociedad, es por ello que es posible considerar este conocimiento como evidencia irrefutable de consenso, en relación con lo que la mayoría de las personas conoce (Moscovici y Hewstone, 1986). Son, por tanto, las personas productoras de sentidos, las cuales realizan producciones simbólicas, crean significados y forman un lenguaje común (Moscovici y Hewstone, 1986).

El enfoque de las representaciones sociales, por tanto, formula que la construcción de realidad se encuentra dada por los aspectos cognitivos de los sujetos y las dimensiones sociales que dan forma a ésta construcción, donde el sujeto asume un rol activo ante las interrogantes que éste se plantea sobre su medio social (Knapp et al, 2003). De igual forma Niemeyer y Mahoney (1998), plantean que toda comprensión de realidad está inmersa en el contexto, se forja interpersonalmente y es necesariamente limitada. El ser humano al construir la realidad externa toma diversos recursos simbólicos de su contexto social e histórico, para que de esta forma el sujeto pueda negociar su mundo social y adentrarse en él, al situar la comprensión del mundo, desde esta perspectiva se asume que todas las historias e información que constituyen el mundo son creaciones humanas, asumiendo con ello una perspectiva relativa de la realidad, quedando situado el conocimiento que se desprende de estas en el contexto

temporal desde donde se construye. La naturaleza del conocimiento, por tanto, se encuentra en la mente como en el medio y en las interacciones, donde el lenguaje adquiere un papel crucial como portador de significados, pudiendo ser mediador o limitador de las construcciones de los sujetos, de allí se desprende que la realidad que compone al objeto es activa, cambiante, se sitúa tanto a nivel individual y social (Araya, Alfaro y Andonegui, 2007). De lo anterior se desprende que la realidad objetiva y estática desaparece, y emerge lo intersubjetivo como definitorio de la realidad, donde la relectura que las personas hacen del mundo y construcción de una determinada “realidad”, a partir de los procesos representativos, dependen de las características cognitivas individuales y de la influencia de los determinantes sociales (Abric, 2001).

El enfoque procesual de las representaciones sociales, sitúa al individuo como productor de sentidos, e intenta aprehender las elaboraciones simbólicas y los significados que las personas hacen sobre la realidad (Banch, 2000). De este manera, se reconoce la participación activa de los factores socio-culturales y los procesos cognitivos en la elaboración del conocimiento (Banchs, 2000). El interés de este enfoque radica en los factores sociales y como estos se vinculan con el conocimiento construido, por tanto son los componentes y el significado de estos, que forman representación social lo importante más que la representación completa (Banchs, 2000). De este modo se comprende que el sujeto se produce a sí mismo, considerando, además, que esta producción de ninguna manera es en solitario, o como plantean Berger y Luckmann (2008) “La producción del hombre es siempre y por necesidad, una empresa social. Los hombres producen *juntos* un ambiente social con la totalidad de sus formaciones socio-culturales y psicológicas” (pp. 69-70). En tanto esta producción es socialmente compartida, debemos por necesidad recurrir a su esfera social de producción para comprender su construcción, “todo desarrollo individual del organismo está precedido de un orden social dado” (Berger y Luckmann, 2008, p. 71). Y en donde este orden social es comprendido como “un producto humano, o, más exactamente, una producción humana constante, realizada por el hombre en el curso de su continua externalización” (Berger y Luckman, 2008, p. 5). Por ende, se intentará aprehender mediante las técnicas de recolección y el análisis de contenido la producción simbólica que hacen los participantes de la enfermedad mental, con las correspondientes asociaciones mentales que hacen de los elementos que dan vida al sentido común que se teje en torno a la patología psiquiátrica (Moscovici y Hewstone, 1986).

Con respecto al aspecto metodológico, la relación estará guiada por la influencia de ambas partes y estará marcada por la co-construcción del conocimiento, ya que sujeto y objeto no se encuentran separados sino que se construyen ambos en una relación de interdependencia (Moscovici, 1988). Así mismo, tanto el investigador como los investigados están vinculados de un modo interactivo, ya que ambos adoptan una posición activa en el proceso de construcción de la realidad, por lo que cada producción será una creación entregada por ambos (Araya et al, 2007). De igual forma, dentro de la relación se debe tener en cuenta el componente afectivo, puesto que éste guía la posición que tienen los sujetos respecto del objeto social y marca con ello las orientaciones que tienen de la misma relación, por ende se debe establecer un vínculo que vaya mas allá de las meras cogniciones (Wagner y Flores-Palacios, 2010).

## **Reflexividad**

Decidí investigar este tema debido a diversas reflexiones que he realizado estos últimos años en torno a la esquizofrenia, principalmente las implicancias relevantes e incluso obstaculizantes en la subjetividad de alguien, que tiene esta patología, de cómo el entorno muchas veces estigmatiza y refuerza la idea de la dependencia del enfermo. Particularmente estas reflexiones han surgido producto de que mi hermano padece esta mal llamada enfermedad, sin cura, según el discurso psiquiátrico, viendo como esta etiqueta y la misma representación de su enfermedad muchas veces lo dominan y asesina su identidad quedando ésta situada principalmente en torno a esta etiqueta. No existiendo con ello una resignificación a partir de él y de su historia de vida, de sus propias experiencias delirantes y alucinatorias, viviéndolas muchas veces ajenas a él como parte de una experiencia sintomática y patológicas.

## **4. Diseño Metodológico**

### **4.1 Metodología/Diseño**

La metodología escogida en el proyecto, es la metodología cualitativa, ya que, según Beltrán (1986), “el método cualitativo opera a partir de la renuncia a la ilusión de la transparencia del lenguaje” (en García, 1986, p. 45) puesto que se parte de la base de que la observación, no es el mero reflejo de lo observado, sino que se trata de un proceso de producción. En este sentido, “la apertura

cualitativa en cuanto ruptura epistemológica, representa el retorno de la complejidad simbólica del 'mundo de la vida' ” (García, 1986, p.235), operando sobre los significados compartidos de forma intersubjetiva entre las personas (Salgado, 2007). De este modo, la naturaleza de mi objeto de investigación se adecúa a ésta metodología, ya que, de acuerdo a Jodelet (1984) la representación se forja interpersonalmente, teniendo implicancias tanto de carácter personal como acuerdos sociales, permitiendo que surjan los procesos de comunicación que posibilitan la producción de la realidad.

El carácter dinámico de mi objeto de investigación se desprende a partir de los planteamientos teóricos del enfoque procesual, este establece que los aspectos que construyen la representación social no es solo del sujeto ni del ambiente, sino que le pertenece a ambos como productos sociales que se desprenden del intercambio simbólico entre los sujetos (Araya et al 2007). Éste, pone mayor énfasis en los aspectos constituyentes que en los constituidos de las representaciones, centrándose en las cualidades activas del objeto. Se caracteriza por privilegiar el análisis cualitativo de las influencias sociales, culturales y las interacciones sociales que contribuyen a la configuración de las representaciones sociales (Araya, 2002). Habiendo con ello un énfasis en el proceso más que en el producto; por buscar la reconstrucción de contenidos en base a métodos cualitativos de recolección; por aprehender la diversidad de significados y los aspectos significantes de la actividad representativa; y por concebir la realidad como un objeto en permanente construcción, del cual es posible reconstruir su dinámica a través del análisis del lenguaje y los discursos de los actores sociales que le dan sentido (Araya, 2002).

Considerando la presencia de información teórica respecto de las representaciones sociales y la enfermedad mental se hará uso del diseño de diamante durante la investigación. Este diseño a partir de que se establecen los objetivos de la investigación y se realiza la síntesis de los resultados, se producen categorías que posibilitan el orden de la información y su triangulación. En la parte superior del rombo se ubica la pregunta central de la investigación, desde donde se desprenden las preguntas auxiliares; éstas son teorizadas y a partir de allí surgen los conceptos sensibilizadores que guían el proceso (Bivort y Martínez, 2013). En el centro, converge la empiria con los contenidos teóricos, la cual se materializa a partir de los instrumentos de recolección de datos, diseñados a partir de los 3 objetivos de la investigación. Del centro hacia abajo surgen las nuevas categorías, denominadas categorías a posteriori. Estas nuevas categorías surgen

a partir de la recolección de datos, siendo introducidas a partir de los procesos de codificación y categorización (Bivort y Martínez, 2013). Finalmente, las respuestas a las preguntas de investigación, dan origen a las conclusiones, donde los resultados son contrastados con los marcos referenciales, dando con ello, contexto a la teoría (Bivort y Martínez, 2013).

#### **4.2 Técnicas de Recolección de Información**

Debido a la extensión y profundidad que comporta el primero, segundo y tercer objetivo se toma como técnica de recolección la entrevista semiestructurada. Ésta, de acuerdo a Taylor y Bogdan (1984) es un encuentro presencial que posibilita que el sujeto exprese en sus propias palabras el conocimiento que tiene respecto de sus experiencias, a través de preguntas abiertas y focalizadas (Araya, 2002). Permitiendo que los sujetos den a conocer sus puntos de vista de un modo relativamente abierto (Flick, 2012). De esta manera, entrega la posibilidad de que los participantes puedan aclarar la información entregada, de modo que lo reportado por los informantes sea coherente con su realidad y con el tema de la entrevista, asegurando con ello respuestas más útiles para el posterior análisis (Díaz, Martínez, Torruco y Varela, 2013).

Siguiendo lo mencionado anteriormente, la flexibilidad de la técnica permite que se pueda modificar la secuencia de las preguntas y su correspondiente forma, de modo que éstas se adecúen al contexto del entrevistado y a la temática, en el caso particular de la investigación, las representaciones sociales de la enfermedad mental (Álvarez-Gayou, 2003). Para ello fue necesaria la construcción de un guión de preguntas relativamente abiertas, pero que a su vez constituyeran una guía que posibilitara la aprehensión de las temáticas de interés de la investigadora.

La entrevista posibilitó que las participantes expresaran el conocimiento que ellas poseían en torno a las temáticas a partir de las respuestas que ellas entregaban. Con ello el guión de preguntas fue estructurado a partir de los 3 objetivos de la investigación, es decir, la caracterización de las prácticas sociales, la descripción de los estereotipos y actitudes que presentaban un grupo de personas, diagnosticadas con una patología psiquiátrica, en torno a la enfermedad mental.

Por otro lado Flick (2012) asume que el criterio de profundidad no debe ir correlacionado con el criterio de extensión, de esta manera, el predominio de uno resulta a partir de la realización de la propia entrevista, de manera que fue posible

sugerir temáticas o pasar a la siguiente pregunta durante la ejecución de la misma, de manera de abordar todas las temáticas de interés de la investigadora y así satisfacer el criterio de amplitud.

En cuanto a los aspectos éticos de la entrevista, se hizo necesario emplear un rapport adecuado de manera de propiciar un clima de confianza, en donde los participantes pudiesen expresar abiertamente conocimientos y experiencias en torno a las problemáticas sugeridas, donde la investigadora procuró ser cuidadosa al momento de abordar un conocimiento interesante, intentando resguardar en todo momento la integridad del participante (Kvale, 2011). Para ello, se tomaron los resguardos expresados en los criterios éticos, es decir, la prevención de riesgo, la información y la protección de la identidad con el objetivo de salvaguardar a los investigados.

#### **4.3 Instrumentos**

Se hizo uso, por tanto de una pauta de entrevista semiestructurada, el que fue confeccionado a partir de los 3 objetivos propuestos en la investigación, los cuales presentan un grado de coherencia entre sí por lo que fue posible agruparlos en un solo instrumento y así de esta manera obtener las caracterizaciones de las actitudes, descripciones de los estereotipos y prácticas sociales de los participantes en torno a la enfermedad mental.

El guión de preguntas fue construido en función de la graduación de preguntas, de esta manera, inicialmente se abordaron temáticas más generales y abstractas en torno al fenómeno representado, para luego ahondar en aspectos más particulares de las vivencias de la persona y finalmente preguntas que tuviesen relación con propuestas en relación a lo social del fenómeno estudiado, de manera de sublimar la emocionalidad de las personas a aspectos que no tuviesen relación directa con su experiencia (Bisquerra, 2004).

El contenido de las pautas de entrevistas fueron validadas a través del juicio de un experto, éste de acuerdo a Escobar y Cuervo (2008), debe ser emitido por profesionales que posean un conocimiento en el área y sean reconocidos por otros especialistas como profesionales competentes en la metodología cualitativa, permitiendo con ello que la información que se obtiene a través de la aplicación de las entrevistas semiestructuradas pueda ser utilizada para los fines que fueron construidas. La elección del experto puede hacerse por grado de cercanía (Robles y Rojas, 2015), en el caso del proyecto de tesis, se escogió un académico de la universidad del Bío Bío, experto en metodología cualitativa y supervisor de

otras tesis de pregrado de la misma institución. Quién se encargó de realizar los arreglos correspondientes a cada entrevista semiestructurada.

A su vez, el contenido del guión de la entrevista fue sometido a una prueba piloto en condiciones similares a la prueba real y a una persona que presentara las características del criterio de la muestra (Corral, 2009). En el caso particular del sujeto muestral de la investigación era alguien que presentaba un diagnóstico psiquiátrico, particularmente de esquizofrenia, quien se encontraba actualmente en tratamiento hace 9 años, por ende el grado de compensación de su condición le posibilitaba ser participe de la investigación y con ello tener la capacidad mínima de retener preguntas, de articular respuestas y finalmente reducía el riesgo a que la persona se expusiera a una descompensación durante la entrevista.

Con respecto a las condiciones de aplicación Martínez (2004), plantea que se debe escoger un lugar que favorezca el diálogo; en el caso particular de la investigación se realizaron en las dependencias de los mismos participantes y otras en salas de estudio individuales de la Universidad, siendo ésta una habitación cerrada que resguardó el dialogo personal e íntimo con los entrevistados. Continuando con lo anterior la investigadora debió adoptar un actitud receptiva y sensible que propiciara el dialogo, tratando de no interrumpir, por tanto, el curso del pensamiento del usuario, dando libertad para que éste pudiese tratar temas relacionados con la pregunta si a éste le parecía pertinente, invitándolo con prudencia y sin presión a que explicara o profundizara aspectos que fueran importantes para los objetivos que persigue ésta investigación (en Díaz et al, 2013).

#### **4.4 Población**

La Población que se estudió se adhirió al criterio de saturación de los datos, entendiendo aquello como el punto donde ya se han recabado una variedad heterogénea de información, de manera que las entrevistas ya no arrojan nuevas ideas o elementos (Martinez,2012).

Por otro lado es preciso agregar que la población con la que se trabajó es considerada una población polémica y para acceder a ella fue preciso emplear el muestreo crítico, éste de acuerdo a Martínez (2012), debe utilizarse cuando se requiere conocer las dimensiones que dan a la población la condición de crítica. Para ello se contactaron a personas que hubiese sido diagnosticadas con alguna patología psiquiátrica y que se encontraran actualmente en tratamiento o

estuviesen dados de alta, de manera que los investigados pudiesen tener un cierto grado de compensación de su condición psíquica de manera de reducir el riesgo a que la persona se expusiera a una descompensación durante la entrevista y a con ello tener la capacidad mínima de retener preguntas y de articular respuestas.

Finalmente la población quedó compuesta por 5 mujeres y 3 hombres con diagnósticos de bipolaridad, trastorno límite de la personalidad, esquizofrenia, depresión, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada, de manera de abarcar un amplio rango de condiciones y con ello favorecer la heterogeneidad de las representaciones en torno a la enfermedad mental. Las edades fluctuaron entre los 21 y 42 años. Otro dato relevante de destacar, es que 4 de ellos se encontraban estudiando psicología y los otros 4 se desempeñaban como estudiantes de otras carreras profesionales y como trabajadores laboralmente activos.

Para acceder a la población se empleó la técnica de bola de nieve, por lo que fue necesario buscar informante potenciales ya sea con amigos, parientes o contactos personales (Taylor y Bogdan, 1987). Siguiendo con lo anterior Martínez (2012) refiere que ésta técnica consiste en identificar casos de interés a partir de informantes claves que tuviesen conocimiento de personas que sean potenciales candidatos a participar.

#### **4.5 Análisis de los datos**

Como propuesta de análisis de datos la investigadora se sitúa dentro del análisis de contenido, Bardin (1996) conceptualiza este término como un conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendientes a obtener indicadores por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción (contexto social) de estos mensajes. Este tipo de análisis permite la aparición de categorías a priori que ordenan y clasifican la información entregada por los participantes (Desmet y Pourtois, 1992) , éstas categorías se desprenden de los conceptos críticos que fueron definidos en el marco teórico, los que actúan como conceptos sensibilizadores durante la investigación (Cáceres, 2003). También facilita la emergencia de categorías a posteriori, las que de acuerdo a Flick (2012) reduce la información que surgen a partir de la recogida de los datos, en concordancia con los insumos teóricos de la investigación. La construcción de categorías y el análisis de los datos posibilitan la redacción de las conclusiones (Cáceres, 2003).



Fernández (2006), establece 4 pasos para el análisis cualitativo. El primero de ellos correspondió a la obtención de la información, en el caso de la investigación a través de las entrevistas semiestructurada (Fernández, 2006). En el siguiente paso se procedió a transcribir el formato de audio de las 8 entrevistas a un documento electrónico legible, fiel a los relatos de cada participante y finalmente se ordenó la información que se obtuvo (Fernández, 2006).

Posterior a ello se paso a codificar la información, en ésta fase la información se agrupó en códigos que permitiesen proporcionar unidades más pequeñas de significados a la información que se capturó durante el proceso de recogida de datos (Fernández, 2006). Finalmente se debió integrar la información, en donde se debió relacionar las categorías que se obtuvieron en el proceso de codificación con el sustento teórico de la investigación (Fernández, 2006). Al trabajar con los datos es imprescindible seguir dos pasos, primero se analiza, compara y examina la información dentro de cada categoría y luego se deben establecer los nexos entre las diferentes categorías (Fernández, 2006).

Finalmente, el instrumento realizado para analizar el contenido fue el programa computacional ATLAS TI. Este programa es utilizado para el tratamiento de datos textuales y se puede emplear con un número ilimitado de códigos, documentos, segmentos y notas (Piñuel, 2002).

#### **4.6 Criterios de Calidad**

Para aportar validez y coherencia a lo expuesto en este trabajo se proponen los siguientes criterios de calidad; los que serán detallados en los siguientes párrafos.

##### **Coherencia interna:**

Flick (2012) establece que la investigación cualitativa debe estar resguardada por la coherencia interna, este criterio propone que debe existir una estructura lógica en el cuerpo de cada investigación, marcada por la coherencia entre el problema, la pregunta, la teoría, la población y el método. Para resguardar dicho criterio, emplearé la triangulación de marcos, ésta, según Denzin (1978) se realiza a partir de la contraposición y la comparación de distintas perspectivas sobre el objeto de investigación, lo que llevado al marco de mi investigación, el contraste de ideas se llevará a cabo entre la docente que guiará la tesis y la investigadora.

##### **Veracidad:**

Por otro lado, también dispongo del criterio de validez transaccional para el resguardo de la calidad de este proceso; lo que siguiendo a Martínez (2004),

para que una investigación sea válida es de fundamental importancia la relación con las personas, de modo que los datos arrojados se puedan adecuar a la realidad de los participantes. Para proteger dicho criterio, dentro del proceso de recogida de datos, requiero utilizar la Retroalimentación con el campo, descripción densa y vaciado completo. Con ello, los participantes involucrados debieron aprobar previamente las grabaciones a utilizar durante la investigación, de manera que lo expuesto fuese de la mano con lo que las participantes desearan expresar, y a su vez se les solicitó esclarecer aquellos aspectos de sus respuestas que no quedaban del todo claro, de manera de que lo reflejado fuese fiel a su universo simbólico y entendido por la investigadora.

### **Auditabilidad**

Otro criterio a resguardar es la auditabilidad, según Castillo y Vásquez (2003) esta permite que otros investigadores sigan el paso al investigador original, para ello se requiere documentar todas aquellas ideas que la investigadora tuvo con respecto a la investigación de forma exhaustiva, esto permite que otros investigadores puedan llegar a conclusiones similares, por ende el dispositivo a utilizar para resguardar dicho criterio es la descripción densa. Se requiere transparentar los razonamientos que se hicieron para escoger los instrumentos, la metodología, el método, el marco teórico, etc. También se encuentra el vaciado completo que es el dispositivo donde se transcriben las entrevistas de los participantes de la misma forma en que estos la contestaron.

### **4.7 Aspectos éticos: Información**

Debido a la naturaleza de la investigación esta requiere de ciertos resguardos éticos de modo que respete los derechos de los participantes, dentro de los criterios éticos que se consideran adecuado para utilizar dentro de la investigación se encuentra la información, que según Brady, Cooke, Jonsen, King, Lebacqz, Ryan (1976) permite que los sujeto investigados puedan inmiscuirse dentro del proceso investigativo de una forma consciente acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los objetivos que persigue la investigación, los riesgos y beneficios, y una declaración que permita que el sujeto pueda hacer preguntas y se retire cuando el lo desee. Dentro de los dispositivos empleados fue el consentimiento informado, el que tuvo como finalidad asegurar que los participantes de la investigación formasen parte de ella siempre y cuando fuese

coherente con sus valores, intereses y preferencias; y que lo hacen bajo su propia voluntad con el conocimiento suficiente para decidir con responsabilidad sobre si mismos (Gonzales, 2002). Este consentimiento fue diseñado por la propia investigadora donde se dio a conocer los aspectos mencionados anteriormente, junto con la aprobación del docente guía.

#### **Protección de identidad:**

Por otro lado también es importante la protección de la identidad dentro de la investigación; debido al estigma asociado a la enfermedad mental, es importante no divulgar información personal de los participantes, como sus nombres, por ende, como dispositivo para resguardar dicho criterio, me es posible mencionar el uso de seudónimos acordados con los participantes de modo que estos se viesen también involucrados en el proceso de investigación, siguiendo a Alcaraz, Noreña , Rebolledo y Rojas, (2012), esto tiene como objetivo que los participantes se sientan más en confianza y que la confidencialidad tenga credibilidad para ellos.

#### **Prevención de riesgos:**

Debido a las complicaciones que pueden surgir en los pacientes, ya sea por alguna descompensación, crisis o diversas variables, requiero usar la prevención de riesgo como otro criterio ético , siguiendo a Arribas, Abascal, Feíto, Fernández, Herrera y Terracini ( 2012) el bienestar de los sujetos es más importante que lo que persigue la investigación por eso se hace necesario la evaluación ,antes de la investigación, acerca de los potenciales riesgos y con ello adecuar la investigación a las características de cada sujeto investigado. Siguiendo esta línea, fue necesario un manejo adecuado de la información, con una actitud receptiva y sensible, evitando interrumpir el curso del habla de la persona durante la entrevista de modo de no gatillar procesos emocionales intensos en los participantes, sumado a aquello se gradúo la entrevista de manera de abordar temas mas abstractos inicialmente para luego ahondar en discursos más íntimos para concluir con preguntas que apuntaran a propuestas sociales en torno al tema; como otra forma de salvaguardar dicho criterio, se encontró una previa lectura de paper en relación a la intervención en crisis, material facilitado en cursos anteriores de la carrera. Finalmente la muestra debía incluir a personas que estuviesen en tratamiento o con su alta al día, de manera de reducir, como se mencionó anteriormente, el riesgo de que la persona se expusiera a una descompensación.

#### **Validez científica:**

De acuerdo Gonzales (2002), la investigación debe tener la intención de otorgar un conocimiento que presente credibilidad; debe estar en concordancia con el problema y la necesidad social; con los instrumentos y las relaciones que se van a establecer con las personas; con un marco teórico fuertemente justificado en fuentes de información, un lenguaje claro para comunicar el informe, capaz de reflejar el proceso de la investigación, donde se intente cultivar los valores científicos en su estilo y estructura; debiendo existir una correspondencia entre la realidad cultura, psicológica o social de los investigados, con respecto al método y a sus resultados.

## **5. Presentación de Resultados**

**Objetivo específico:** “Describir los estereotipos que tienen sobre la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico”

**Concepto clave:** Estereotipos en relación a la enfermedad mental

**Subcategoría:**

### **Imágenes mentales**

Los participantes consideran que socialmente se les atribuyen características asociadas a la infantilización y con ello a la dependencia, a la peligrosidad, a la locura y a la discapacidad, lo que trae consigo que los sujetos asocien a la enfermedad mental como algo desadaptativo, que trae aparejado consigo la falta de control emocional y con ello ciertos obstáculos que deben sortear para integrarse a la sociedad.

A su vez, la sujetos relacionan a la persona que porta una etiqueta diagnóstica con la soledad e incompreensión; en donde a pesar del apoyo social la enfermedad mental termina constituyendo un proceso mayormente individual y en solitario.

Por otra parte, el proceso patológico es visto como algo que es generado por agentes externos, particularmente en experiencias infantiles, pero principalmente se le termina atribuyendo a una causa de origen biológico que provoca un desorden a nivel neuroquímico, siendo el descontrol la principal repercusión a nivel conductual

En contraposición a la imagen social que se les atribuye, se perciben a sí mismas como personas especiales, distintas, capaz de sobreponerse a los obstáculos que

se le interponen a su condición y que producto de aquello son capaces de desarrollar una especie de fortaleza interna, que les otorga una especie de sello distintivo y que además les otorga la posibilidad de convivir con esta identidad diferente.

*“... enfermedad mental como que lo asocian a algo terrible, o esquizofrenia, o manicomio, o psiquiátrico, a cosas duras, psiquiatra muchas pastillas, entonces el término es súper duro... siempre la han mostrado así mismo súper dura, en series películas, de hospitales psiquiátricos antiguos, entonces uno igual queda mal, remontándome a cuando no estaba estudiando psicóloga, es como así viven, es como así son todos?, gente con los chalecos?, uno se imagina eso, pero en realidad no es tan así...”* (Participante 3).

*“La veo como una persona aislada, siempre he sentido que la persona con enfermedad mental está como aislada, aunque puede estar rodeada de su familia, aunque puede estar en un centro donde esté con más personas en similitud de situación, pero siento que la persona con enfermedad mental he cuando la veo está siempre sola ...”* (Participante 1)

*“Que son personas muy fuertes, que como dije delante no es fácil y siempre hay un sufrimiento subjetivo, yo encuentro que , o sea igual depende como se lo tome la persona, pero igual implica tener que esforzarse un poco mas que el resto y lidiar con esas cosas, con los síntomas...”* (Participante 8)

### **Formas de Pensamiento**

En relación a sus vivencias una parte de los participantes reportan que la enfermedad mental la perciben particularmente como un obstáculo, como algo que los condiciona, siendo esa característica una circunstancia que internamente las limita para desarrollar sus capacidades de una manera plena.

Señalan, por otra lado, que la sociedad tiende a caricaturizar y simplificar la imagen del paciente psiquiátrico, trayendo consigo que los rasgos que circunscriben la imagen del sujeto psiquiatrizado tiendan a presentarse en polos extremos del espectro de características de personalidad, de esta manera, los usuarios se ubican, por ejemplo en el polo de la extrema socialización o de la extrema introspección. Según reportan los entrevistados, aquello se sustenta en

que las categorías psiquiátricas son demasiados genéricas y por ende no abarcan la totalidad de rasgos que podría presentar una persona. Contrario a ello, un porcentaje no menor de los entrevistados, normalizan la expresión de sus rasgos, sustentándose aquello en que la desviación de la norma es una característica común en una sociedad compleja.

El estereotipo trae aparejado que el discurso de los usuarios sea invisibilizado y con ello “pierda credibilidad” lo que la persona expone, a su vez, el entorno les tiende a tildar de “exagerados/as” cuando manifiestan una necesidad emocional, generando que lo expuesto no sea acogido y a su vez se pongan en juego los mecanismos de aislamientos que reportan los participantes.

*“También invisibilizar, porque si no es un estereotipo extraño, no estoy, como no se po cuando te ponen a un hueón con autismo solo te ponen al hueón que se mece o deja la caga o te ponen al genio, pero hay todo un espectro entremedio y esa gente no se siente representada por ninguno de ellos dos o si alguien te pone esquizofrenia, que solo veí al hueón que está matando gente o al hueón que está pa la cagá, no todos los esquizofrénicos son así ...”* (Participante 2)

*“... cuando está la enfermedad presente así con todos sus aspectos, el común de la gente no está como, mira en primer lugar hay mucha ignorancia con respecto al tema, no se educa demasiado con respecto a las enfermedades, entonces cuando hay alguien que no tiene, o sea que tiene, que está como presentando todos los síntomas la gente en realidad no toma la discreción en primer lugar de cómo hay que tratar a esa persona y lo ven como es loco nomas...”* (Participante 4)

*“Como algo que es propio del ser humano, o sea yo siento que la mente es tan amplia que no veo porque no podría desvariar o no se. En ésta sociedad sumamente neurótica, que te reprime todo, no veo porque sería tan raro que las personas tuvieran un diagnóstico...”* (Participante 8)

### **Juicios Valorativos**

De acuerdo a los relatos de los participantes, es posible desprender que el concepto de enfermedad mental es considerado una condición similar a una “enfermedad física grave”, debido a que el concepto vehiculiza una serie de prejuicios que terminan vinculando a la persona a una imagen negativa que genera en ocasiones que la condición se cronifique , inmovilizando en parte que la

persona pueda desplegar sus herramientas para hacer frente al malestar subjetivo con el que vienen aparejada las distintas condiciones.

Por otro lado, a pesar del estigma social la enfermedad mental es valorizada positivamente cuando se logra controlar y con ello desarrollar características que le permiten tener un sello distintivo que posibilita que se destaquen por sobre el resto, generando por tanto que el “salirse de la norma” tenga efectos positivos cuando la identidad integra elementos fuera del estereotipo que se le asigna socialmente.

*“Yo creo que trae más desventajas por el tema de los prejuicios más que nada, una persona con un trastorno mental... pero siento que son más las desventajas, mas de los prejuicios y del escrutinio público...”* (Participante 1).

*“El miedo a ser catalogado, porque obviamente que te diagnostiquen una enfermedad entre comillas mental, igual como que conlleva a una categorización de parte de la gente sobre ti cachai, porque te van a ver de una manera distinta, por ejemplo en mi familia se ven mucho los contextos familiares, entonces ponte tu una tía tuvo depresión y todo era como “ uhh no, tuvo depresión, no tenemos que hablarle fuerte, cosas así entonces yo veo como que de cierta forma estigmatizan a esa mujer, porque como que te empiezan a ver más débil como que no podí, entonces igual es complicado ...”*(Participante 3)

*“Yo diría que tiene elementos buenos y elementos malos, porque de cierta forma hace que una persona se escape un poco de la norma, igual hay artas personas que son súper exitosas y han sido relevantes para la historia y que han tenido un diagnóstico y de cierta forma es como una parte de la persona pero también muchas veces implica un sufrimiento y también la incomprensión de las personas que rodean a esa persona porque, igual me pasa a mí que por parte de mi familia no entiende o lo minimizan o no validan mis sentimientos. Entonces lo bueno iría en torno a un distintivo, que sería como algo especial...”* (Participante 8)

**Objetivo específico:** “Caracterizar las actitudes que tienen en relación a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico”

**Concepto clave:** Actitud en relación a la enfermedad mental

**Subcategoría:**

**Reacción de tipo evaluativa:**

Al visualizar el fenómeno de la enfermedad mental, tanto en sus aristas sociales como individuales, los entrevistados destacan evaluaciones negativas, positivas y neutras.

Con respecto a las evaluaciones negativas algunos participantes hacen mención a la condición socioeconómica como uno de los factores que incide en que el hecho patológico traiga como resultado consecuencias adversas para la persona y con ello una orientación de rechazo al mismo, debido a que el estatus económico en la estructura social constituye un obstáculo al momento de acceder a un servicio de atención de calidad.

*“La otra desventaja es que tenía que acudir a, o sea si tenía los medios tenía que recurrir a profesionales cachai, a psicólogos, psiquiatras y la gente que no tiene los medios, como no se po, como absorbe el sistema público a la gente con depresión finalmente, igual es mas complejo cachai, ir a una psicóloga que te ve no se 20 minutos, que finalmente te hace las preguntas que le hace a todo el mundo y no una cosa como mas, como mas dedicada como puede ser, por ejemplo, ver una psicóloga en un sistema particular cachai ...”* (Participante 5)

*“Bueno acá en Chile cuando alguien tiene una enfermedad también, bueno me tocó que he tenido buenos especialistas sin gastar plata, casi, sin gastar plata, con el hospital y todo eso, pero, no sé, por ejemplo está todo esto de por ejemplo los niños en riesgo social, que sus papás no los llevan a los lugares, no los trata nadie al final, eso como varios aspectos...”* (Participante 4).

Algunas de las evaluaciones negativas de la enfermedad mental referidas por los participantes tienen sustento en el proceso de marginación al que se ven enfrentados, producto del estigma social que genera la etiqueta diagnóstica; de esta manera el medio social termina anteponiendo la imagen simplificada de la patología que porta la persona, dejando de lado la complejidad propia de todo ser humano.



*“Lo mismo el aislamiento, como que también he conocido personas como que te estás abriendo más y te dicen, “aah no tenía caleta de problemas así que chao”, entonces uno queda así como que chucha, igual es como que de apoco la gente solo te va aislando, entonces igual encuentro un problema cuatico el aislamiento, los niños de repente uno que sea más retraído, lo van aislando, más sobre todo cuando son cosas así, y comenzas ahí conversando con alguien como de confianza, y te dice eso, penca po...” (Participante 3).*

Otra apreciación interesante de destacar es que una parte de los entrevistados hacen una distinción en torno a la gravedad de la patología, al momento de emitir una valoración de la misma. De esta manera, aquellos diagnósticos como esquizofrenia o trastorno bipolar es evaluado de una forma mas negativa que una depresión o un trastorno de ansiedad, ya sea por la frecuencia que existe en la población o lo invalidante que termina siendo para algunas personas la propia patología.

*“La esquizofrenia yo creo que es una cuestión terriblemente grave no se po y que no creo que tenga que ver mucho con el manejo personal que puedas tener, pero son cosas que van más allá po, a diferencia de un proceso depresivo por estrés o porque se te murió un familiar, porque se te murió un hijo, porque te dejó una pareja, no se podía caer en procesos depresivos... o puede ser un cúmulo de cuestiones, todas esas cosas que te afectan y tenía un diagnóstico, pero eso yo creo que se puede sanar definitivamente..” (Participante 5).*

En relación a las evaluaciones positivas que señalan los participantes de la enfermedad mental, giran en torno a que ésta es vista como una oportunidad para iniciar un trabajo personal, que posibilita que la persona realice cambios en su modo de ser actual. Convirtiendo el cuadro patológico en un estado transicional que permite un descubrimiento interno, transformando incluso algunas características que pudiesen haber sido apreciadas como un obstáculo, en ventajas al momento de actuar en el medio social.

*“hay trastornos o enfermedades que traen sus cosas positivas aparte de las negativas como, a mi me molestan mucho los ruidos cuando son muchos, en un carrete o algo, igual que el tacto, pero eso de sentirlos mucho de repente igual es rico, como si estoy escuchando una canción muy buena y por algo lo estoy escuchando y es como wa, pero son cosas que tampoco se saben y muchas veces tampoco las enseñan, como que te*

*quedará en los síntomas mas negativos, en los que tenía que controlar*  
“(Participante 2)

*“Yo creo que la principal ventaja es que puedes trabajar contigo misma, porque tu cuando ya tienes una enfermedad mental si o si tienes que ir al psicólogo, y ahí mismo tienes que empezar a hablar más con otra persona que te de herramientas...”* (Participante 3)

Finalmente solo un participante visualizo una ventaja al hecho de recibir la etiqueta diagnostica, otorgándole funcionalidad en el sentido de que podía entender lo que le estaba pasando, por otra parte el resto de los participante rechaza el concepto enfermedad mental porque constituye un vehículo de estigmas sociales.

*“...[Y desventajas] Creo que las dije primero, eso de que te miran feo y todas esas cosas, como lo mismo, de que el mundo no está hecho pa ti encuentras más dificultades.”* (Participante 2)

*“Cuando a mi me dijeron que tenía esto igual yo creo que hasta me puse contenta, o sea cuando yo lo leí en internet, yo es como si por fin hubiera entendido lo que me pasaba...”*(Participante 8)

Con respecto a las evaluaciones que los participante hacen de las personas portadoras de un diagnóstico psiquiátrico, éstas giran en torno a la neutralidad, ya que el sujeto psiquiatrizado es visto como un igual. De esta manera, de acuerdo a lo expresado por los participantes, el hecho de adjudicarle una valoración positiva o negativa constituye un reduccionismo de la identidad de la persona.

*“...Hay muchas cosas pasando adentro de la cabeza de la persona como para volverlo una buena o mala persona o evaluarla de alguna forma como, hay gente con enfermedades mentales que deja la cagá, hay gente muy seca, gente como en todos lados, de todas partes, no se, si de da la casualidad como que tenía una enfermedad mental pero eso no te agrega ni te quita valor...”* (Participante 2)

*“...yo no le puedo dar una valoración positiva o negativa, por lo mismo que te dije delante cachai, es una persona con un diagnóstico, un trastorno o una enfermedad cachai y hay que tratarlo como una persona que padecen algo, o sea una valoración neutra, no puedo dar fe a un grupo de personas*

*cachai, es como que yo te diga que la gente cristiana es mala cachai, yo soy ateo y no te puedo dar ese valor...” (Participante 6)*

### **Información afectiva**

En términos generales, los participantes asociaron la enfermedad mental con emociones negativas como la rabia, la tristeza y la angustia principalmente. Por una parte dichas emociones convergen en torno a los efectos de la propia patología, por ejemplo de los procesos depresivos o psicóticos y por otro lado del reduccionismo que implica el concepto a la hora de abordar la condición que presentan las personas.

*“Uy a mi me provoca sentimientos negativos, es como pucha que lata, pero a mi me causa pena, me causa, como podría decirlo, un desagrado, así como un rechazo igual, o sea yo sé que cada día lo he ido asumiendo más y todo, pero si el concepto de enfermedad mental es como, ¡ “ah porque tiene que existir”!, como que me causa tirria...” (Participante 1).*

*“Cuando uno realmente está mal y uno no tiene ningún motivo, es un verdadero infierno así, por lo menos lo que sentía yo era un malestar en la cabeza que no lo había sentido nunca y lo único que quería era dormir o estar muerto... de hecho el pasar del tiempo me hacía sufrir a mi, que pasaran los minutos, yo sufría, sufría, sufría cuando estaba hospitalizado...” (Participante 7)*

*“No me gusta decir enfermo o paciente, siento que igual eso tiene como una connotación negativa entonces. [Pero que emociones concretamente le sobrevienen] Como rechazo, quizás molesta o triste, porque si a mi me dijeran oye tu eres enferma, me sentiría súper mal...” (Participante 8)*

Una parte de los informantes mencionan que le suscitan sensaciones y emociones positivas que provienen de los aprendizajes obtenidos de la experiencia del proceso terapéutico de su condición psiquiátrica; ya sea que aquello constituyó una oportunidad para relacionarse y conocer personas que presentarán distintas patologías o el hecho de valorar los estados de bienestar luego de haber transcurrido por situaciones profundamente dolorosas.

*“[Alguna otra emoción, aparte de “primera bajoneado”] Ahora casi agradecido, porque conocí gente gracias a esto, o sea no en el mejor lugar*

*del mundo, pero conocí gente y aprendí a conocer distintas realidades”  
(Participante 6)*

*“...valorar la vida, que uno la pasa tan mal en un momento, si , eso yo creo que es una ventaja, valorar la vida, la familia... aprendí como valorar todo [En ese sentido como que parte de la enfermedad le sirvió para valorar la vida] He la idea suicida, eso, he también me di cuenta del apoyo de la gente yo no me daba cuenta de las cosas que tenía y ahora sípo, lo hago, cuando estuve hospitalizado, me di cuenta de quienes eran como mis amigos, la familia siempre estuvo ahí he muchas personas me apoyaron...”  
(Participante 7)*

En relación a las emociones y sensaciones que le despiertan las personas con alguna patología psiquiátricas en su mayoría refieren sentir empatía, fraternidad, deseos de conocerla, de apoyarla y de contenerla. Todo ello , porque señalan que el hecho de haber transitado por un proceso patológico les otorga la posibilidad de conocer mejor como es que suceden estos fenómenos y lo difícil que se torna en una sociedad estigmatizante, que por lo mismo saben lo necesario que es el apoyo cuando se transcurren por esas circunstancias.

*“he fraternidad, de verdad es un sentimiento fraterno con esa persona de que yo entiendo casi como que lo viví lo comparto, casi como desde adentro, algo muy, como te digo, una persona que puede que no haya conocido nunca en mi vida o ni siquiera visto, como fue con esta niña, pero siento que comparto algo con esa persona, entonces a mi me despierta mucha empatía y algo así como algo de las entrañas...” (Participante 1)*

*“Bueno, sin conocerla, o sea si no fuera un amigo o alguien cercano, me daría como la sensación de querer conocerla, así como instintivamente cachai, no es como lo que me ha pasado con cualquier persona en la calle, si yo supiera que tiene algo, ya “conversemos”, onda comparemos historias cachai, igual es entretenido...” (Participante 6)*

### **Información Cognitiva**

Con respecto a la información cognitiva en relación al origen de la patología psiquiátrica es posible apreciar que surgen dos perspectivas, una en donde se le atribuye una etiología de origen neuroquímico y otra de origen más bien social. De esta manera la patología es vista como una alteración en los neurotransmisores, situando con ello a la enfermedad en un proceso más bien individual, cuya recuperación depende principalmente de la persona y por otro lado quienes le

atribuyen un origen social, piensan que el desarrollo de la misma obedece sobre todo a la capacidad que tenga el entorno próximo al sujeto psiquiatrizado y la propia persona para comprender e integrar el funcionamiento y forma de estar en el mundo que ésta presenta

*“.. Igual depende de la persona pero no de factores externos, como algo de uno, esas ideas vienen, que les recomendaría yo que no se saturen, que no vean todo negro, que en algún momento va a solucionarse y que aguanten el dolor. Entonces la ideación suicida sería a consecuencia de un desequilibrio neuroquímico (Participante 7).*

*Según lo que yo he leído, todas las personas están propensas a desarrollar enfermedades mentales, pero unas mas que otras por los árboles genealógicos y casi siempre se gatillan por episodios traumáticos, estresores, agentes externos que en realidad hay muchas personas que tienen diagnóstico y otras que deberían estar diagnosticada pero no lo está (Participante 8)*

Dentro de algunos de los relatos referidos por los usuarios se desprende la idea de que el espectro de patologías psiquiátricas se puede descomponer en condiciones neurológicas donde la persona nace con un funcionamiento distinto y en cuadros pasajeros donde la persona se puede recuperar totalmente.

*“...la esquizofrenia por ejemplo, yo creo que te morí con algo así, pero en el caso de lo que estamos hablando que son procesos como de cuadros depresivos o esas cosas como de bipolares, no se pienso que son cosas que finalmente una persona debería ser capaz de manejarla y salir de eso po, yo creo que son como un resfrío...” (Participante 5)*

Por otra lado, dentro de lo reportado por una parte de los entrevistados se puede destacar la idea de que la sociedad aun vincula la idea de locura con las patologías psiquiátricas. A pesar de que refieren que la locura pone en juego una serie de características negativas, algunos participantes ven en ella una forma de ser diferente a lo social, transformando el concepto estigmatizante a una perspectiva mas sana de la locura.

*“Para mi la locura sería ver las cosas de otra forma a lo estipulado, dentro de tu mente crear un mundo que tenga sus propias reglas, sus propios personajes y todas esas cosas, tener un mundo adentro diferente al que está afuera nomas” (Participante 1)*

Una información distintiva que me parece relevante de destacar es la emitida por una participante en torno a la perspectiva de género traída al fenómeno de la patología psiquiátrica. Siendo para ella una situación que afecta más a las mujeres que a los hombres, producto de la situación de opresión a las que se ven sometidas diariamente.

*“...es un asunto que afecta caleta a las mujeres po cachai... hay harto drama de la mujer, de la opresión de la mujer que tiene a las mujeres con depresión po, harto, entonces ahí he escuchado hablar, en otros lados no...”*

### **Información conductual**

Dentro de los comportamientos mas característicos que expresan la mayoría de los participantes es el de ocultar la condición que presentan. De esta forma, se protegen de ser sometidos al escrutinio público, cargado de prejuicios por la falta de información que existen en torno a las situaciones de discapacidad mental. Solamente terminan revelando su diagnóstico a personas que sean de mucha confianza para ellos, con quienes compartan un vínculo profundo

A su vez la patología es asimilada como una constante lucha, por ende los comportamientos giran en torno a desplegar herramientas para hacer frente a la condición que portan. Además relatan que deben tener ciertos resguardos, implicando tener que movilizar un esfuerzo extra a la gente que se ubica dentro de la norma, a la hora de desenvolverse en el medio social de manera de no gatillar ciertas crisis.

Con respecto a los comportamientos hacia las personas con patología psiquiátricas se encuentran el de ayudar, contener y comprender evitando ser condescendientes con las personas en situación de psiquiatrización

*“Está esa sensación de tener que luchar contra ella y todo eso porque igual se cuela en todas estas partes de tu vida, como que trata, como que se mete con tus papás y se enoja contigo, pero igual después se maneja...”*  
(Participante 2)

*“... a veces no sabes si decirlo abiertamente o quedarte callado y no, o sea cuando conoces, por ejemplo en mi caso cuando, cuando sociabilizo, cuando voy conociendo amigos, nunca les digo lo que tengo, lo saben solamente como mis amigos muy cercanos.”* (Participante 4)

*“Las apoyo, porque se lo que han sentido, se lo que se siente y tratar de darles el mejor cariño posible, tratar de darles amor, darle esperanza, decirles que si se puede salir de un problema, de que no se limiten, darle, comprenderlas, también escucharlas, porque de repente también las personas con problemas psiquiátricos tiene mucho que conversar...”*

(Participante 7).

### **Fuerzas motivacionales**

Los entrevistados, en términos generales, reconocen a los medios de comunicación y el internet como principales fuentes de información que divulgan conocimientos en torno a las enfermedades mentales y los sujetos psiquiatrizados. Particularmente evalúan la calidad de la información como vaga y centrada mayormente en el estereotipo, actuando de esta manera como medios que proporcionan una imagen infantil, peligrosa o de discapacidad, más que a proporcionar una visión integral de las identidades divergentes.

*“... creo que tiene aquí un rol fundamental en las creencias, la publicidad o los medios, los medios, las películas o sea en realidad, todo lo que vende porque es muy difícil, o se llega a alabar alguna producción que te aborde algún tema psicológicos de forma eficiente, profunda digamos, lo demás es puro el estereotipo, la mina histérica y toda esa cosa, pero que eso te ha ayudado a mas desinformarte del tema, a mal informarte y a formar prejuicios también en torno a la persona con ese diagnóstico ...”*

(Participante 1)

*“En los medios de comunicación los caracterizan o sea los caricaturizan cachai como enfatizando el hecho de la medicación, de que son dependientes, de que tal vez no puedan hacer ciertas cosas solos...”*

(Participante 6)

Con respecto al contexto familiar es posible hacer una distinción entre aquellas familias que proporcionan un medio de contención e integración de la persona que porta una patología, de aquellas que constituyen un medio hostil para el desarrollo de la enfermedad. Aquello, tiene un impacto directo en la perspectiva de sanación que tiene la persona de su propia condición y de como ésta se enfrenta por tanto a su identidad divergente. De esta manera, mientras mas apoyo la persona perciba de su entorno más cercano, esta tendrá una orientación favorable a lo que le acontece.

*“...ahora el 19 voy a descongelar, pero todavía me siento que puedo fallar, pero me dice la gente que no, tengo amigas que están estudiando psicología me dicen , “no, dale nomas hueón, vay a poder”, por ejemplo hablo solo un tema de ciencia, que me gusta la ciencia, me dicen estay exponiendo y disertando y como digo “ a realmente sí”, entonces como gracias a esos comentarios tengo como más fe de que me va a ir bien...”*  
(Participante 7)

*“A veces yo siento que son como agentes externos los que me provocan mas ansiedad por ejemplo vivir en mi casa es súper incomodo, porque mi papá yo estoy segura que tiene un trastorno de personalidad obsesiva...el como que siempre es súper hipervigilante conmigo, me esta vigilando, viendo que me equivoque, me maltrata psicológicamente me hace sentir mal...”* (Participante 8)

**Objetivo específico:** “Describir las prácticas sociales que poseen en torno a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico”

**Concepto clave:** Prácticas sociales en torno a la enfermedad mental

**Subcategoría:**

**Formas de acción**

Los participantes declaran haber presentado formas de acción contrarias, antes y después del diagnóstico, hacia las personas que portan una patología psiquiátrica. Así por tanto, antes de recibir la etiqueta diagnóstica los entrevistados refieren haber tenido comportamientos de exclusión, debido al poco conocimiento que portaban en torno a los trastornos mentales, imitando con ello los mecanismos de discriminación que existen en la estructura social. En contraposición aquello, el haber sido diagnosticado trajo consigo el hecho de ahondar tanto teórica como empíricamente en estos fenómenos. Este dominio, les impulsó a manifestar comportamientos asociados a la integración, tratando con ello de aceptar la diferencia, dejando de considerar al enfermo mental como un “otro”. Aquello provoca que el sujeto etiquetado se sienta perteneciente a un grupo donde reafirma su identidad con aquellos que se separan de la “norma”.

Las formas de acción orientadas a la patología psiquiátrica va por una parte en el aceptar y por otra en el tener que luchar contra algo que te condiciona y con ello invertir un esfuerzo mayor al momento de socializar. Algunos entrevistados



refieren que las formas de acción hacia la enfermedad depende sobre todo de si lo que se presenta es considerado un cuadro transitorio o mas bien una condición en donde el sujeto presenta desde el nacimiento una forma diferente de ser y de estar en el mundo, de esta forma si es considerado una situación transitoria las conductas van orientadas a la sanación y si es considerado una condición las conductas idealmente van de la mano con la aceptación de la identidad divergente.

*“Quizás en que a veces alguien te comparta algo de lo que piensa o de lo que siente y tu no la entiendas, pero la aceptas cachai, porque sabe lo que se siente que es tener algo, sentir algo, compartirlo y que nadie te entienda y que no se pongan en tu lugar, porque como se va a poner en tu lugar si de verdad nunca ha pasado por algo así, es súper difícil...”* (Participante 1)

*“...hay otras que son mas transitorias, como una depresión normal, puede ser súper transitorio y esta bien que te trates en todo porque estas teniendo muchas complicaciones cachai, pero si estay con una enfermedad mas transitoria podí tratar las complicaciones, pero hay ciertas cosas de las que no te vay a desprender nunca entonces porque no aceptarla, aceptarla es mas fácil que estar luchando toda la vida con algo que no le vay a ganar...”* (Participante 2)

*“he les cuesta más, o sea no creo que les cueste más sociabilizar, pero es como diferente su, la forma que uno tiene de sociabilizar que el resto de la gente...alguien que tiene una enfermedad, tiene muchas cosas más por las que preocuparse por así decirlo.[Cosas como cuáles por ejemplo] Eso de no irse en los excesos, de que si se presenta, no se algún tipo de situación, uno no reacciona igual que el resto de la gente dependiendo de la enfermedad po obviamente (Participante 4)*

## Regulación

Uno de los mecanismos principales de control reportado por usuarios y ex usuarios es la excesiva medicalización del malestar subjetivo asociado a las patologías psiquiátricas. De ésta forma, el medicamento termina presentando un mecanismo de acción que genera una dependencia al mismo, a pesar de que algunos declaran que el medicamento les sirvió en un momento de su vida, otros reportan que el poder dejarlos se torno de excesivamente difícil, presentando con

ello síntomas similares a la abstinencia de alguna droga, logrando de esta manera que alguno de ellos aun sean dependiente de los remedios psiquiátricos.

*“...por ejemplo yo cuando me diagnosticaron al principio tenía que tomar medicación para poder un poco estabilizar emociones cachai y me hice como dependiente del medicamento...”* (Participante 6)

*“en el hospital nos daban un medicamento cada cierta hora y yo lo único que quería era que me dieran lorazepam para poder dormir, porque solamente durmiendo, pasaba el sufrimiento, pero era tan corto, es que cuando uno duerme, no se si te hay dado cuenta que cuando uno despierta al otro día y pasa rápido el tiempo, entonces mi tiempo de felicidad se podría decir, era muy, era solamente en el sueño, era corto, y yo pensé que nunca iba a salir...”* (Participante 7)

La otra temática que surge en los pacientes es la idea de control, ya que la patología muchas veces simboliza la perdida de ese control interno necesario para integrarse a la normalidad construida y eso conlleva necesariamente un malestar subjetivo. Los mecanismos que tiene la sociedad para controlar la identidad de quienes presentan conductas divergentes es por una parte la sobreprotección, infantilizando e invalidando muchas veces lo que los sujetos en situación de psiquiatrización describen o hacen y por otra parte marginarlos, donde en ocasiones el contexto próximo se desliga de ellos, fomentando que estos procesos se terminen viviendo en soledad. Por último, el sistema público de salud solo termina ofreciendo terapias individuales que aportan herramientas para hacer frente a estas situaciones, dejando de lado instancias comunitarias donde se compartan estos conocimientos y se realice una verdadera integración.

*“Según yo las personas que ya llevan años de tratamiento como que no ha y tanto riesgos con ellos por así decirlo, en caso de que pase alguna cosa con su enfermedad está como más controlado todo su, a eso voy, tiene que ver mas con el control”* (Participante 4)

*“...hay personas que no reciben apoyo suficiente y terminan por no se, por quedarse como en sus casas o discapacitados, y eso igual es súper triste, no todos tienen como las redes o la capacidad autónoma de seguir desenvolviéndose”* (Participante 8)

Normalizar

Los participantes le atribuyen a las personas consideradas “normales” características de funcionalidad, que tienen la capacidad de controlar su estado anímico, que le “salen las cosas con facilidad”, que no presentan trabas a la hora de relacionarse, que al momento de reponerse de alguna crisis lo hacen dentro de un “tiempo esperable”, por otra parte no presentan alteraciones en sus cualidades. Todas aquellas conductas que se desvían de aquellos parámetros es considerado de acuerdo a los entrevistados divergentes o fuera de la norma.

La institucionalidad de la normalidad provoca que las personas en situación de psiquiatrización estén en una lucha constante por conseguir la normalidad, lo que obstaculiza muchas veces que puedan integrar aquellos rasgos que se salen de lo normativo, negando en ocasiones las experiencias inusuales a las que se ven enfrentadas. En este sentido la institución de la normalidad pretende controlar más que aceptar e integrar los comportamientos disruptivos. No haciéndose cargo de la patología que la propia estructura social genera.

Una de las reglas que una de las participantes menciona directamente, es que el medio social fuerza a que la persona al momento de interactuar con otro termine mencionando que a pesar de su enfermedad o condición “está bien”, siendo el estado de bienestar algo impuesto socialmente.

*“Una persona funcional, funcional para su familia para donde trabaja, para su entorno, funcional pero adaptativa digamos que pueda tener algún tipo de desarmonía anímica pero que pueda ponerse de pie digamos, en el tiempo que esperable digamos.”(Participante 1)*

*“...hay gente que se siente orgullosas con lo que tienen otras que no, otras preferirán ser como mas normales, como mas neurotípicos, más como le queraí decir, em porque sería mas fácil o sea la vida definitivamente sería mas fácil sin la enfermedad mental cachai,...” (Participante 2)*

*“Siempre tienes que estar bien, como si estay hablando con una persona con una enfermedad mental, tení que estar como bien así como, así como “no tengo una depresión, pero la estoy llevando súper bien”, o “la estoy superando, “ se me está yendo”, no podí hablar con alguien y estar como mal, con alguien que no conoces mucho o algo así o alguien que le acabas de decir que tienes algo, no podí estar como mal o no podí estar como con problemas, no se si me explico. Es como que tení que estar con una actitud súper positiva...” (Participante 2)*

*“Por ejemplo si yo tengo obsesiones, como que tengo que, a veces igual pierdo tiempo de mis días como convenciéndome de que no es así o antes de hacer algo, hacer un ritual casi imperceptibles, pero la mayoría de las veces lo tengo que hacer, entonces igual uno invierte cierto tiempo y energía mental en decir, noo, esto no es así...” (Participante 8)*

### **Instituciones o Grupos Sociales**

Dentro de las instituciones Sociales mayormente reportadas por los usuarios y ex usuarios, fueron los servicios de psiquiatría del hospital y el COSAM. Con respecto a la calidad de los servicios ofertada esta es descrita como insuficiente, centrada en la medicalización y en la remisión de síntomas. Los entrevistados pertenecientes de la carrera reconocen a la facultad de psicología como institución que imparte reglas de como actuar frente a la enfermedad mental y el paciente psiquiátrico.

Dos participantes reportan agrupaciones distintintas al Estado, la institución psiquiátrica y la psicología como colectivos de ayuda para hacer frente a la enfermedad, una de ellas son grupos de internet de autoayuda y otra son las organizaciones feministas en donde se hablan de estos malestares psiquiátricos.

*“Puede ser psiquiatría o no?, si, si psiquiatría, pero bueno yo encuentro que no se hace, bueno aquí en Chillán, no se hacen realmente cosas que te ayuden a salir, claro hay terapeutas ocupacionales, hay psicólogos, hay psiquiatras, pero si yo fuera uno de ellos trataría de hacer algo más interactivo, algo que realmente te mantenga ocupado, hacer mayor cantidad e actividades, por ejemplo aquí en Chillán igual es bueno psiquiatría, pero es como que la gente es dependiente de fármacos, entonces como que falta reforzar el lado afectivo, el lado de integración...” (Participante 7)*

*“yo me he metido a algunas (haciendo referencia a las comunidades de internet) y es como “no si, mi psicólogo me dijo que probara ésta respiración cuando me estuviera dando una crisis de pánico y me ha ayudado caleta”, “oh buena a mi igual me ayudó, bacán”, cachai, cosas así entonces es súper útil, como no se una vez , “oye si no pueden comer por manía”, porque con la manía uno de repente no puede comer , “traten de hacerse un batido porque ahí no está la sensación de masticar”, son cosas como que los psicólogos de repente no se les ocurre o no lo saben, “ es*

*como ah, buena, bacán”. Entonces ahí hay gente que igual trata de empoderarse, en ese sentido le hace bien empoderarse igual.(Participante 2)*

*“...ha sido no se po en los grupos feministas, porque igual es un asunto que afecta caleta a las mujeres po cachai, entonces yo creo que el único lugar donde se ha hablado, donde yo he escuchado que se hable y que se diga lo que se piensa igual con respecto a la depresión o que llegue una persona y que plantee sus problemas es con las feministas.”(Participante 5)*

## **6. Conclusiones**

La presente investigación fue realizada con el propósito de dar respuesta a la pregunta general ¿Qué Representaciones Sociales construyen en torno a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico?. Para ello se realizaron entrevistas semiestructuradas, las que posteriormente fueron transcritas y analizadas. En base a esto, es que en este apartado se intentará dar respuesta a la pregunta general contrastando los marcos referenciales con la información nueva reportada por los participantes. Para llevar a cabo aquello, se presentarán las conclusiones en orden según las preguntas específicas de investigación.

La primera pregunta específica de investigación formulada fue ¿Qué estereotipos construyen en torno a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico?, siendo clave en este apartado los estereotipos en torno a la enfermedad mental.

De acuerdo al análisis de los datos y a los resultados obtenidos a partir de allí es posible encontrar convergencias y divergencias al momento de caracterizar al paciente psiquiátrico y la enfermedad mental, debido a que se debe tener en cuenta que las personas provenían de contextos socioculturales y económicos diferentes y a su vez se encontraban transitando por etapas diferentes del ciclo vital, lo que al interactuar con sus características personales da origen a resultados disimiles pero también similares. Con respecto a la heterogeneidad de la población es necesario mencionar los alcances que conllevan en términos teóricos y prácticos que en la muestra estuviesen presentes 4 personas estudiantes de psicología y 4 que no pertenecían a la carrera. En relación a lo mismo, a pesar de que el dominio teórico, que poseían las estudiantes de

psicología, contribuyó a flexibilizar y transformar el proceso de conformación y actuación del estereotipo, aquello no eximió a que se vieran sometidas a los mismos procesos de estigmatización al que se ve enfrentado el sujeto psiquiatrizado, siendo el entorno social más próximo el que principalmente incidió en la conformación del mismo.

Para sumergirnos en la complejidad del mundo social necesitamos formular categorías ya que ello implica un ahorro cognitivo. Es así como los seres humanos agrupamos en categorías objetos y personas. Dada la diversidad de personas con las que encontramos, intentamos buscar formulas generales que explican el comportamiento de las personas, intentando con ello predecir y tener un cierto control en lo que nos sucede (Crespo et al, 2009). Se trata por ende de abstraer una visión genérica a un grupo de personas, lo que a su vez lleva a una adecuada generalización. El proceso de categorización es un análogo interesante del diagnóstico psiquiátrico, siendo aquello lo que se procederá a ahondar en los párrafos siguientes (Crespo et al, 2009).

Teniendo en cuenta el alcance anterior, los participantes reconocen que la sociedad, en términos generales, los caracteriza como sujetos débiles, con falta de herramientas, responsables de su patología, imprevisibles, con falta de control emocional, invalidez e incluso peligrosidad en cuadros mas asociados a la psicosis. De esta manera, de acuerdo a Tajfel (1984), el grupo dominante legitima su posición al controlar la imagen del grupo dominado. La imagen gráfica que se tiene del paciente psiquiátrico involucra que los sujetos pertenecientes a esa categoría sean definidos en base a lo que esa identidad social le designa, es así como las conductas e incluso las emociones del sujeto psiquiatrizado quedan definidas por la categoría que se le asigna (Basaglia, 1972).

Foucault (1967) va mas allá, al establecer que la racionalidad como categoría hegemónica condena al ostracismo a aquellos rasgos y conductas asociados a la sinrazón, quedando esta forma de ser incomprendida por los dominios de la razón. De esta manera se termina invisibilizando las necesidades de quienes portan una etiqueta diagnóstica, ya que de acuerdo a los entrevistados los tildan de “exagerados” o les dicen frases como “te tomaste tus pastillas” cuando emiten un comportamiento fuera de lo común, siendo la identidad bajo medicación la que finalmente se termina aceptando, donde todo lo irracional se estigmatiza y se ignora.

Otro rasgo común asociado a la patología psiquiátrica está en asimilarla como una enfermedad médica grave debido a la cantidad de obstáculos que la persona

psiquiatrizada debe sortear para integrar la condición. La cronificación viene de la mano con las limitaciones a las que se deben ver enfrentados. Por ejemplo las dificultades para acceder a un trabajo, para lograr una vida independiente, las limitaciones en sus relaciones sociales, ya sean familiares o de amistad.

Todas esas limitaciones surgen a partir del estereotipo formado en torno a la figura del paciente psiquiátrico, de esta manera el cuerpo de conocimiento que se tejen en las relaciones sociales, en la cotidianidad, moviliza una serie de prejuicios que surgen a partir de los procesos de categorización social y comparación social (Pujal, 2004). Aquello posibilita la conformación de una identidad grupal entre las personas de una misma categoría (Pujal, 2004), de esta manera eso genera, como lo reportaron los informantes, que se sientan “pertenecientes a un club”, “casi que comparten algo” con quienes han recibido una etiqueta diagnóstica, eso les permite reafirmar su identidad en quienes comparten ese rasgo distintivo, buscando “compartir historias” con los sujetos de su misma categoría, vivenciando de esta forma una especie de solidaridad y compañerismo con esas personas.

El proceso de endogrupalización genera que la gran mayoría de los participantes como respuesta ante el estigma tengan el deseo de ayudar a otros, buscando empoderarse y empoderar a quienes consideran sus pares, así por tanto varios de ellos manifestaron haber ofrecido ayuda a otros usuarios de los sistemas de salud mental. En contraposición, varios participantes manifestaron el rechazo a ser catalogado como enfermos mentales por la imagen que ello acarrea, de esta manera de acuerdo a Crespo, et al. (2009) la persona no quiere que se les identifique con el grupo estigmatizado a causa de la discriminación que ello puede generar. A partir de esto se puede desprender que la persona busca reparar el rechazo causado por la situación de psiquiatrización al tener ese sentimiento de camaradería con quienes comparten su misma condición.

Otra arista interesante de señalar es que el estigma asociado a la patología psiquiátrica provoca que las personas lo terminen vivenciando como un autoestigma (Link, 1987). De esta manera, el estereotipo al ofrecer una imagen devaluada del sujeto psiquiatrizado hace que los entrevistados en ocasiones se hayan percibido a sí mismo como menos capaces de realizar algunas cosas, con la creencia de que por lo general tengan que necesitar de otro para hacerlas y que la palabra enfermedad mental lo hayan asociado a la “falta de algo” y que termine siendo con ello un término sumamente frustrante. Todo ello puede condicionar en la percepción de autoeficacia de la persona pudiendo llevar incluso al cese de la búsqueda de su vida independiente (Corrigan y Kleinlein, 2005).

De acuerdo a Crespo et al. (2009) el autoestigma también es un proceso al que se ven sometidas muchas familias que tienen entre sus integrantes una persona en circunstancias de psiquiatrización. Lo que da como resultado que el sistema familiar interiorice los mensajes sociales que se construyen en torno a la figura del “enfermo mental”, y a su vez su responsabilidad en torno al proceso del mismo, lo que genera un sentimiento de autoculpa. Los sentimientos más característicos serían embarazo vergüenza y negación (Crespo et al, 2009). De esta forma una parte de los entrevistados reportaron que en sus familias muchas veces se vieron sometidos a la negación de su condición y a la condición de otros familiares que también portaban una categoría diagnóstica.

Con respecto a la segunda pregunta específica ¿que actitudes construyen en relación a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico?

Es posible distinguir a raíz de los datos analizados la presencia de reacción de tipo evaluativa tanto desfavorable, como favorable y neutra ante la enfermedad mental y el paciente psiquiátrico. Estas evaluaciones son mayoritariamente negativas ante el concepto de enfermedad mental debido a que por una parte es una categoría demasiado genérica, que conduce al aislamiento, porque conlleva una imagen muy simplificada de quien la porta. Es posible destacar que se hace una distinción entre categorías diagnósticas que son consideradas condiciones en donde la persona tiene un funcionamiento diferente, de aquellas que son vistas como etapas transitorias, desde allí se realizan evaluaciones y formas de actuar distinta ante la misma. Así por tanto, un cuadro psicótico es evaluado de una forma más grave que una depresión o trastorno de ansiedad, siendo el primero más invalidante que los últimos.

Las evaluaciones positivas se originan a partir de que el tratamiento fue una etapa que les dio la oportunidad de compartir historias y conocer personas con su misma realidad y además de iniciar un trabajo introspectivo que les permitió cambiar un aspecto de sí mismo. Por ende, según Palli y Martínez (2004) el sujeto como constructor activo de su realidad, a través de sus experiencias y aprendizajes modifica las orientaciones que tiene hacia el propio objeto, así por tanto a pesar de que la gran mayoría tenga orientaciones negativas hacia la enfermedad mental, algunos resignifican el concepto al visualizarlo como una señal de alerta de que algo deben modificar para avanzar a otro estado de bienestar o que les permitió contactarse con otras realidad subjetivas.



En relación a la información afectiva se puede apreciar que la categoría diagnóstica le despierta sensaciones y emociones negativas debido a las experiencias que ellos han tenido. Por un lado, algunos hacen referencia a los efectos directos de la sintomatología en su vida, ya sean las experiencias de sufrimiento y angustia propia de cada patología, donde muchos la perciben aquella fase de la patología como una etapa a la que no quisieran volver. Pero no solo es la sintomatología la que despierta el mundo afectivo de los entrevistados, sino que sobre todo el efecto social de la patología es la que mayormente se vincula con la información afectiva que genera, ya sea por lo inhabilitante en términos sociales que genera y por la emocionalidad asociada al sentirse diferente, vivenciando estos fenómenos particularmente solos. Aquello se condice con lo establecido por Aranda, Munguía, Salazar y Torres (2005), en donde señalan que el universo emocional asociado al fenómeno de la patología psiquiátrica depende de los efectos que presenta en la persona la propia enfermedad ya sea en términos individuales, es decir la sintomatología y las crisis subjetivas que ello conlleva y las limitaciones sociales que se mencionaron anteriormente.

Como se mencionó en el marco teórico cuando el grupo social se proyecta en sentido negativo para el sujeto, éste adoptará una actitud contraria a la que tiene el grupo, pero si el grupo simboliza algo positivo para él, su actitud irá en la misma dirección que la del agente social (Palli y Martínez, 2004). En este sentido los agentes sociales, ya sean los medios de comunicación, la familia, el grupo de pares o la internet reportan una imagen devaluada de la diferencia, de lo irracional y de todo aquello que alberga en su seno el paciente psiquiátrico, provocando que quienes forman parte del grupo excluido adopten una posición contraria al grupo dominante, despertando en ellos valoraciones más bien neutrales hacia los propios pacientes, viéndolos como un igual, ya que la valorización moral de bueno o malo les parece una reducción de la identidad de quienes comparten su propia categoría.

Continuando con los agentes socializadores, estos constituyen fuerzas motivacionales que dictan los modos de actuar frente a la enfermedad mental y el “paciente psiquiátrico” (Crespo et al, 2009). Estas fuerzas motivacionales engloban por una parte una estructura social jerárquica que mantenga las diferencias de poder entre los distintos colectivos sociales y la mantención de una identidad social (Crespo et al, 2009). De esta manera los considerados “normales” se distinguen de quienes se apartan de la norma social, acentuando las diferencias de “nosotros” y “ellos” al controlar la imagen las identidades

divergentes sobre todo a través de los medios de comunicación ,donde de acuerdo a los informantes se termina caricaturizando y estigmatizando a quienes son portadores de un diagnóstico psiquiátrico.

Con respecto a la familia y el grupo de pares, una parte de los participantes evidencian que el apoyo familiar determina la orientación que estos tengan hacia la patología psiquiátrica. Lo que se correlaciona con lo dicho por Bueno y Mestre (2005), que las conductas hacia la enfermedad depende de la autoestima, de la participación y el apoyo social.

En relación al grupo de pares dos participantes evidenciaron grupos de autoayuda uno de corte feminista y otro en relación a comunidades virtuales de internet. En relación a las comunidades de internet, la participante reporta que aquello le sirvió como mecanismo de empoderamiento que le permitió conocer conductas de autocuidado que no manejaban en los servicios de psiquiatría, de esta manera el conocimiento manejados en esos espacios son validados por los propios usuarios, ya que el grupo de referencia se toma para ella como ente de validación de lo que allí se expresa (Festinger 1954 en Palli y Martínez, 2004).

Con respecto a los espacios feministas de discusión sobre salud mental de las mujeres, es un antecedente nuevo de análisis que es interesante de incorporar. Al respecto, la participante establece que los problemas psiquiátricos es un problema que afecta principalmente a mujeres debido a las condiciones de opresión en las que viven. En relación a eso Grela y López (2000), en su manual mujeres, salud mental y género, señalan que las dimensiones del orden histórico y social contribuyen a generar un escenario propicio para que las mujeres vivencien los mas diversos problemas psicológicos. La salud mental de las mujeres, por tanto, según Grela y López (2000) constituye en la actualidad un campo en permanente revisión a raíz de los nuevos paradigmas que han surgido en la actualidad. Siendo la ciencia, los cambios sociales e históricos, la incorporación de la mujer al trabajo remunerado y a otras dimensiones de lo público y por supuesto las acciones de los movimientos sociales, los que han ayudado a visibilizar la condiciones de desigualdad en donde se construye el lugar social de las mujeres (Grela y López, 2000). Estas instancias de apoyo mutuo contribuyen a analizar las vicisitudes cotidianas a las que se ven enfrentada las mujeres, atendiendo a los procesos de autoconocimiento y fortalecimiento de su autoestima (Grela y López, 2000).

En relación a las creencias de los participantes, un porcentaje no menor de los entrevistados perpetúa la visión médica de que las patologías psiquiátricas tienen

un origen neuroquímico particularmente. Lo que de acuerdo a Basaglia (1972), contribuye a que la identidad del paciente se construya en el orden institucional, asumiendo de esta manera la identidad de impredecible y falta de control que le otorga la institución, aunque si bien es cierto que varios de los participantes se intentan desprender de esta perspectiva, al ser constructor activo de su realidad, aquello aun sigue siendo una creencia hegemónica. Según Galende (1990) que la medicina y particularmente la psiquiatría aun tenga los dominios de la subjetividades divergentes contribuye a que la causalidad de las mismas se ubiquen en un orden extralingüístico, sin embargo esto no está exento de que el sufrimiento de los sujetos este anclado a la relación de este con los símbolos que el tejido social produce y que lo unen al mundo, a la relación con otros y consigo mismo. Es por ello que la información afectiva reportada por los entrevistados, como se mencionó anteriormente, está ligada a un malestar subjetivo.

Con respecto a las conductas de los usuarios y ex usuarios, en primer lugar, se puede apreciar que en su mayoría refieren que emiten conductas destinadas a ocultar su condición, manteniéndola en secreto mayoritariamente, solamente contando lo que les sucede a personas que sean de su confianza, ya sean familiares cercanos o amigos puntuales. Otro punto a destacar es que también una parte de los participantes se enfrentan a su estado con conductas orientadas a la lucha, a una especie de enfrentamiento con las condicionantes que les toca vencer, como un estado de tensión entre las limitantes sociales y su estado interno, mas que a la integración de lo que les acontece. Esto se puede vincular a lo expresado por Taylor (1990), quien establece que las creencias culturales dominantes vinculan a la persona etiquetada con características indeseables y estereotipos negativos, determinando con ello las reacciones que adoptan las personas hacia la enfermedad mental.

Para la tercera pregunta específica de investigación, se planteó, ¿Qué prácticas sociales construyen en torno a la enfermedad mental pacientes que han recibido un diagnóstico psiquiátrico?.

Cabe mencionar que con respecto a las formas de acción que componen las prácticas sociales de los entrevistados se puede evidenciar un antes y un después del diagnóstico, antes de recibirlo imitaban el mecanismo de exclusión propio de la sociedad, asimilando con ello la ideología dominante de la normalidad, posterior al diagnóstico las practicas hacia quienes presentan una identidad divergente variaron a la integración, a la escucha y validación de lo considerado “diferente, todo ello impulsado por el conocimiento tanto empírico como teórico de estos estados o condiciones. De esta manera, los sujetos

articulan pensamiento y acción, siendo consciente de ellos y de los otros, en donde se apartan de la ideología dominante y a través de la conducta se acomodan a las nuevas formas de pensamiento (Castro, 2005). Es así como a través de sus propias reflexiones en el curso de sus experiencias y los nuevos elementos que incorporan, hacen posible transformar los elementos constituyentes y con ello los constituidos (Giddens, 1995).

Otros aspectos a destacar en las prácticas sociales son la regulación y la búsqueda de normalidad. Al respecto los informantes señalan que como mecanismo de regulación se encuentra la excesiva medicalización del malestar subjetivo, la marginalización, la sobreprotección y con ello la infantilización e invalidación de su discurso, lo que conlleva a la búsqueda constante de normalidad. La normalidad los participantes la asocian a la funcionalidad del ser humano, donde las personas tienen el control de sus emociones, con ello no presentan sus cualidades alteradas, a su vez tienen las herramientas para salir de las crisis en un “tiempo esperado”. Esta lucha por ser parte de la normalidad es consecuencia del malestar generado cuando vivencian los rasgos y sintomatología asociado a los cuadros transitorios de enfermedad o las condiciones que mas bien forman parte de su forma de ser. Logrando con ello que prácticas sociales de la normalidad logren cimentar una homogeneidad en lo que los sujetos hacen y la manera en como lo realizan, controlando lo que es factible de padecer y la relación que tienen las personas entre si y consigo mismo (Castro, 2005).

En relación a las instituciones y grupos sociales los participantes nombran principalmente los servicios de psiquiatría del hospital y el COSAM, además de dos grupos de autoayuda que ya fueron detallados anteriormente. Con respecto a los dispositivos estatales de psiquiatría los usuarios y ex usuarios refieren que estos se orientan mayoritariamente a la medicalización y la remisión de síntomas. De acuerdo a Galende (1990), el predominio de la psiquiatría para abordar las crisis humanas hace que se escondan los rasgos patógenos de la sociedad, de manera que en ella no hay lugar para los que fracasan o se marginan. Esto genera que el grupo social se sienta aliviado por quienes expulsa y segrega bajo el rotulo de enfermo (Galende, 1990). De esta manera el diagnóstico queda establecido como herramienta que propicia el orden establecido, impuesto todo ello desde un espacio de poder que regula la ideología y las formas de acción establecidas en torno a la “diferencia” (Basaglia, 1972). A partir de allí se puede apreciar como la historia de la psiquiatría se convierte en la historia de los psiquiatras y no de los enfermos (Basaglia, 1972). Es así como a partir de este

escenario de control, surgen juicios en torno al propio paciente, por ende dicha línea que separa a quienes se encuentran dentro de la norma, de quienes se salen de ella, propician las formas de exclusión que se sustentan en el contexto histórico y social (Bueno y Mestre, 2005). Aquello se relaciona con la forma en como funcionan las prácticas sociales, ya que lo que se mencionó contribuye a conservar un vínculo con lo que piensan los aparatos políticos, sociales, teóricos e históricos (Villa, 1997; Castro, 2005). Por tanto responden a los gustos, necesidades, ideologías e intereses de los grupos dominantes, en este caso de la ciencia asociada a la psiquiatría (Pedraz, 2005).

Durante el transcurso del análisis de los datos surgió una categoría emergente que se asocia con el conocimiento manejado por los propios usuarios y ex usuarios en torno a sus propias condiciones y estados transitorios. Esta categoría involucra también nuevas formas de acción frente al sujeto psiquiatrizado y a la propia patología, distintas a las que se manejan en el tejido social. Con respecto a las formas de acción recomendadas por los entrevistados se pone en evidencia, por una parte, aquellas que tienen que ver con el trato con los usuarios, dentro de ellas se encuentran:

*“...creerle la gente, si la gente te dice “oye sabí que no puedo estar en una lugar con mucho ruido porque me duele”, creerle...[Y algún otro comportamiento que se debería tener frente a la enfermedad o condición] A la condición en sí como tratar de rechazar eso de volver a la gente con enfermedad otro, como rechazar que la gente con enfermedad es distinta a mi, que si bien es distinta, no es tan distinta, como rechazar eso...”*  
(Participante 2)

*“...cuando estoy en una cosas así finalmente hay que como que recomendarles de todo y escucharlos y no ser condescendientes tampoco, nada o sea, si te está contando alguna cosa que tu pensái que no po que está equivocada, decírselo también po cachai, ser honesta finalmente en una conversación con una persona que tiene depresión...”* (Participante 5)

*“...entender que tal vez no es culpa de uno cachai, porque no es que yo decidiera tener este trastorno o no es que mi primo decidiera que le diera esquizofrenia, entonces y luego ir apoyando nomas po ...naturalizarlo lo mas posible porque si yo me hecho a morir hecho a morir a la persona, o sea si yo me enterase de que tal vez tu tengas una esquizofrenia así súper cuatica y te diga “ahh pobresita” tu te voy a sentir mal po cachai, te voy a traspasar lo que yo siento, entonces, naturalizarla lo mas posible cachai,*

*pero de tener cuidado de que en nuestra relación de amistad o no se de lo que sea yo no transgreda lo que tu tienes...”* (Participante 6)

Por otro lado se formulan recomendaciones más de orden institucional y en relación a la información que circula en el tejido social:

*“siento que se queda en un grupo, porque dentro de los psicólogos, se queda ahí, como que no sale, y eso encuentro que debería salir más allá, puta ponte tu los libros que leímos nosotros, no son libros que cualquiera puede leer, entonces tenemos que tomar este rol y transmitir esto a los demás, ponte tu como a la misma señora que es dueña de casa y el marido que llega a la casa, como trabajar con juntas de vecinos, esas cosas, como que nosotros también podemos hacer un actor principal en cuanto a dar conocimiento, encuentro que estamos muy encerrados en nuestra comunidad, en nuestro mundito de psicólogos...”* (Participante 3)

*“Inclusión, hacer mas proyectos de distracción con los pacientes con problemas psiquiátricos, que se mantengan bien ocupados, mientras hacen efectos los medicamentos, mantenerte alerta o mantener ocupado, entretenido en algo, o buscar lo que la persona realmente le gusta y como que tratar de alejarlo de las ideas suicidas, porque todas las personas que yo conozco con problemas psiquiátricos tienen ideas suicidas, tratar de hacer que las persona los aleje ...”* (Participante 7)

*“...quizás como la atención psicológica que yo creo que es más importante que la farmacéutica fuera más accesible, de mejor calidad y que hubiera mayor cobertura, y no sé que hubieran políticas igual en el trabajo que si alguna persona se sintiera mal, darles licencia, ser mas inclusivo, no deshacernos de esas personas y dejarlas no sé, en un hospital para siempre...”* (Participante 8)

Tener un acercamiento a la vida cotidiana, desdibujar la barrera entre la “subjetividad divergente” y el considerado “normal” o “neurotípico”, crear relaciones sociales y médicas más humanitarias, validar, legitimar y escuchar, informar a la población de lo que les sucede de manera de generar un acercamiento a quienes son estigmatizadas o hacer proyectos más recreativos para los “usuarios”. Son cuestiones válidamente visibilizadas por los participantes de la investigación y es en este escenario de propuesta es en el que urge como

sociedad hacernos cargo. Es así como Pérez (2012) considera necesario establecer, de forma dialogada y por supuesto informada, formas de acción en que el afectado sienta que está siendo tomado en cuenta realmente, en donde su forma de ser y de actuar en el mundo, sean valoradas, teniéndolas siempre como el primer y más importante elemento a tener en cuenta para fijar mecanismos de acción más prolongados. De esta manera, de acuerdo a Castillo y Cea (2016), se hace imprescindible poner de manifiesto la perspectiva de la comunidad de usuarios y ex usuarios, no solo para denunciar hechos que han dañado profundamente sus subjetividades, sino que además para mostrar la motivación de este grupo social por hacerse parte y proponer soluciones, idóneamente, en conjunto con sus pares, subrayando con ello que en la actualidad son reducidos los espacios donde las identidades divergentes pueden dar a conocer lo que les acontece.

Consecuentemente con lo dicho en este apartado queda preguntarse ¿Qué representaciones Sociales construyen sobre la enfermedad mental usuarios que han recibido un diagnóstico psiquiátrico?.

Se evidencia que aún persiste en el contexto social un estigma negativo y peyorativo en torno al propio paciente psiquiátrico y la enfermedad mental. A partir de allí la medicina psiquiátrica extiende sus dominios sobre el sentido común permeando las prácticas sociales y orientaciones hacia el usuario y la patología. Siendo las representaciones sociales un campo en disputa, donde se articulan los estereotipos o creencias simplificadas, las actitudes u orientaciones conductuales y las prácticas sociales hacia quien porta una etiqueta diagnóstica. En este escenario adverso termina anclándose en un modo de autoestigma que interioriza el propio “paciente” que en ocasiones deteriora la propia condición del sujeto. Con ello, la orientación biologicista busca culpar al paciente de su “fracaso social” invisibilizando la patología social que existe en la estructura social.

A pesar de los alcances anteriores se encuentra la propia perspectiva de la identidad divergente que busca darle otro sentido a su propia condición o estado patológico transitorio. En donde la persona, como constructora activa de su realidad, busca sobreponerse a la imagen asignada socialmente, emergiendo con ello su identidad verdadera, dependiendo sobre todo del apoyo social que perciba en su entorno y de las herramientas terapéuticas que le pueda brindar una buena terapia psicológica. Así también la persona busca reconocerse en el otro que también es estigmatizado en su diferencia, vivenciando con ello la

endogrupalización. Lo que le permite configurar un sentido de pertenencia y a su vez reafirmar su identidad con quienes comparte esa “comunidad”, adoptando a su vez conductas orientadas a la solidaridad y la fraternidad hacia quienes también reciben un diagnóstico psiquiátrico.

Es posible dar cuenta de la construcción social de la “enfermedad mental” por los discursos que abarca el sentido común en torno a ella, por los impactos en términos sociales que experimenta el propio paciente y por como el discurso científico, también simboliza una empresa social que responde a intereses de ideologías dominantes que en el caso particular de la investigación es la psiquiatría. Discurso que sirve como herramienta de control y dominio de las formas de ser y actuar de las personas que tienen un comportamiento que se escapa de lo normativo, que contribuye a la formación de una imagen estereotipada de las mismas.

Con respecto a las limitaciones de la investigación, se puede evidenciar la extensión y heterogeneidad de la población. Ya que como se evidenció durante el análisis de los datos, las prácticas sociales y los conocimientos que se tienen en torno a las patologías psiquiátricas, en el tejido social, presentan algunas divergencias. Siendo la psicosis doblemente discriminada, más que un cuadro transitorio de depresión o crisis de ansiedad, presentando con ello un estereotipo más estigmatizante. Por tanto se propone profundizar en las temáticas abordadas, asumiendo una epistemología de corte más fenomenológico con una población más homogénea, en cuanto a los diagnósticos, de manera de ahondar, en las divergencias y limitaciones que vivencian cada cuadro, pero por separado.

Otra proyección a destacar es seguir produciendo investigaciones de corte más social, a la hora de abordar las situaciones de discapacidad mental que vivencian las personas. Porque la categoría diagnóstica, al construirse socialmente en el contexto cultural e histórico, asume distintas formas de manifestación dependiendo de los valores y formas de estructurarla desde lo cotidiano. Con ello la forma en que la persona establece la relación con la categoría que se la asigna tendrá limitaciones y condicionantes dependiendo de las trabas que se le impongan socialmente.

Como proyección interesante de señalar se encuentra la incorporación del enfoque de género al momento de analizar el escenario del proceso de patologización de la sociedad actual. Con ello, analizar como las configuraciones de la identidad femenina y masculina en la estructura social determinan los tipos



de clasificaciones diagnósticas que se le asignan a cada genero en términos de prevalencia y los alcances en materia de estigma y discriminación que vivencia el sujeto psiquiatrizado dependiendo de su género.

## 7.Referencias:

Aceituno, R., Jiménez, A., Miranda, J. (2012). Experiencias del desasosiego: salud mental y malestar en Chile. *Revista Anales*. 7 (3), p.89-102.  
Recuperado de:  
<http://www.anales.uchile.cl/index.php/ANUC/article/viewFile/21730/23040>

- Abric, J. (2001). *Pratiques sociales et representations*. Paris, Francia: Presses universitaires de France.
- Alcaraz, N., Noreña, A., Rebolledo, E., Rojas, J. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan*. 12 (3), pp 263-274. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n3/v12n3a06.pdf>
- Álvarez-Gayou, J. (2003). *Cómo hacer investigación cualitativa: fundamentos y metodología*. Barcelona, España: Paidós.
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Recuperado de: <http://www.fisica.net/ebooks/rs/UMANA%20-%20Las%20representaciones%20sociales,%20Ejes%20te%F3ricos%20para%20su%20discusi%F3n.pdf>
- Araya, V. Alfaro, M. y Andonegui, M. (2007) "Constructivismo: orígenes y perspectivas". *Laurus*. 13(24), pp.76-92. Universidad pedagógica experimental Libertador. Caracas. Venezuela
- Arribas, M., Abascal, M., Campos, J., Feito, L., Fernandez, J., Herrera, J... Terracini, B. (2012). Recomendaciones sobre aspectos éticos de la investigación cualitativa en la salud. *Metas de Enferm may*. 15(4), pp 58-63. Recuperado de: [https://www.uam.es/otros/ceiuam/Documentos/Rec\\_investigacion\\_cualitativa-2012-ok.pdf](https://www.uam.es/otros/ceiuam/Documentos/Rec_investigacion_cualitativa-2012-ok.pdf)
- Aroca, A. (2005) *Historiografía de la locura, El péndulo de la historia*. *Psikeba: Revista de Psicoanálisis y estudios culturales*. 2. Recuperado de: <https://es.scribd.com/document/156434000/HISTORIOGRAFI-A-DE-LA-LOCURA>
- Aranda, C., Munguía, J., Salazar, J., Torres, T. (2015). Representaciones Sociales de la salud y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *Revista Ces Psicología*. 8 (1). pp. 63-76. Recuperado de : <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v8n1/v8n1a06.pdf>
- Ayestaran, S. y Páez, D. (1986). Representación social de la enfermedad mental. *Asocc.Esp.Neuropsiquiatria*. 6 (16), 95-128. Recuperado de: <http://documentacion.aen.es/pdf/revista-aen/1986/revista-16/08-representacion-social-de-la-enfermedad-mental.pdf>.

- Banch, M. (1984). Efectos del contacto con la cultura francesa sobre la representación social del venezolano. *Interamerican Journal of psychology*. 2 (x). p. 111-120
- Bardin, L. (1996). El análisis de contenido. Recuperado de:  
<https://es.scribd.com/document/234013543/Laurence-Bardin-Analisis-de-Contenido-pdf>
- Basaglia, F. (1972). *La institución negada*. Barcelona: Barral Editores.
- Berger, P. y Luckmann, T. (2008) *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bisquerra, R. (2004). *Metodología de la investigación educativa*. Madrid, España: La muralla.
- Bivort, B. y Martínez, S. (2013). Aproximaciones cualitativas al estudio del desarrollo rural. En B. Tolón, X. Lastra, J. Bienvenido & J. Fawas. (cords.). *Experiencia en desarrollo laboral y rural sostenible*. Almería, España: Universidad de Almería.
- Brady, J. Cooke, R., Jonsen, A., King, P., Lebacqz, K., Ryan, K. (1979). *INFORME BELMONT: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos*. Estados Unidos.: PDR reports.
- Bueno, J. y Mestre, F.,(2005). Prensa y representaciones sociales de la enfermedad mental. *Psychosocial Intervention*, 14(). Pp. 131-159. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179817557001>
- Buitrago, M. (2016). *Locura y nuevos modos de subjetivación: los miembros de la Red Mundial de Usuarios y Sobrevivientes de la Psiquiatría*. [Tesis Doctoral]. Universidad Nacional de Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/52326/1/1032407409.2016.pdf>.
- Cáceres, P. (2003). Análisis cualitativo de contenido, una alternativa metodológica alcanzable. *Revista de la Escuela de Psicología*, 2 (X), p. 53-82. Recuperado de: <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/3/3>
- Castillo, T. y Ceas, J. (2017). Sin nosotros no hay derechos. Apuntes sobre el primer encuentro nacional por los derechos humanos de las personas en

- situación de discapacidad mental en Chile. *Revista Latinoamericana en discapacidad, Sociedad y Derechos Humanos*. 1, (1). P. 76-92.
- Castillo, E y Vásquez, M; (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Colombia Médica*, 34(x), p.164-167. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
- Castro, E. (2005). *El vocabulario de Michel Foucault. Un recorrido alfabético por sus temas, conceptos y autores*. Quilmes, Argentina: Universidad Nacional de Quilmes.
- Crespo, M., Guillén, A., Muñoz, M. y Pérez, E. (2009). *Estigma y Enfermedad mental*. Madrid, España: Complutense.
- Corral, Y. (2009). Validez y confiabilidad de los instrumentos de la investigación para la recolección de datos. *Revista Ciencias de la Educación*. 19(33), 228-247
- Corrigan, P y Kleinlein, P (2005). The impact of mental illness stigma. in Corrigan, P (Eds.), *On the stigma of the mental illness*. (p. 11-44). Washington D.C: American Psychological Association.
- Denzin, N. (1978). *The research act: A theoretical introduction to sociological methods*. New York: Praeger.
- Desmet, H y Pourtois, P.(1992). *Epistemología e instrumentación en ciencias humanas*. Barcelona, España: Herder.
- Díaz, L., Martínez, M., Torruco, U. y Varela, M. (2013). La Entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*. 2 (7), p. 162-167. Recuperado de: [http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09\\_MI\\_LA%20\\_ENTREVISTA.pdf](http://riem.facmed.unam.mx/sites/all/archivos/V2Num03/09_MI_LA%20_ENTREVISTA.pdf)
- Di Giacomo, J. (1987). *Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales*. Sevilla, España: Eudema.
- Durkheim, E. (2000). Representaciones individuales y representaciones colectivas. En Miño y Dávila (Eds), *Sociología y filosofía* (p. 27-58). Madrid, España.
- Escobar, J y Cuervo, Á. (2008). Validez de contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en medición*, 6, 27-36.
- Escobar, E., Medina, E y Quijada, M. (2002) De Casa de Orates a Hospital Psiquiátrico, Antología de 150 años Ediciones de la Sociedad Chilena de Salud Mental, Santiago, Chile

- Estrada, M. (2002). *Análisis de las actitudes y conocimientos estadísticos elementarios en la formación del profesorado*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Barcelona. España.
- Fernández, L. (2006). ¿Cómo analizar datos cualitativos?. *Butlletí LaRecerca*, p.1-13
- Fernández M. y Gabay, P. (2003) *Rehabilitación psiquiátrica y reinserción social de las personas con trastornos mentales crónicos graves* Buenos Aires, Polemos
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid, España: Morata
- Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Barcelona, España:Paidós
- Foucault, M. (1984) *Enfermedad mental y personalidad*. Barcelona, España: Paidós
- Fromm, E. (1964). *Psicoanálisis para una sociedad contemporánea*. Mexico: Fondo de cultura económica.
- Fuentealba, R. (2013). *REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA ESQUIZOFRENIA EN LAS REDES SOCIALES PRIMARIAS DE PERSONAS ESQUIZOFRÉNICAS*. Memoria para Optar al Título Profesional de Sociólogo. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Santiago, Chile
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental*. Argentina: Paidós.
- García, M. (1986). *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*. Madrid, España: Alianza.
- Giddens, A. (1995). *La Constitución de la Sociedad. Bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, A. (2005). Representaciones sociales juveniles sobre la democracia. *Reflexión política*. 7 (13), p. 180-191. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/110/11001314.pdf>
- Gonzales, M. (2002). Aspectos éticos de la investigación cualitativa. *Revista Iberoamericana de educación*. (29), p. 85-103. Recuperado de: <http://www.oei.es/historico/salactsi/mgonzalez5.htm>
- Grela, C. y López, A. (2000). *Mujeres, salud mental y género*. Montevideo, Uruguay: Comisión de la mujer - IMM.
- Herleein, A. (2000). *Psiquiatría Clínica*. Santiago, Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía

- Ibáñez, T. (2008). Representaciones Sociales, teoría y método. En T. Ibáñez (Ed), *Ideologías de la vida cotidiana*. Barcelona: Sendai.
- Jodelet. D. (1984). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovici (Ed.), *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (p.469-494). Barcelona, España: Paidós
- Knapp, E; Suárez, M. y Mesa, M. (2003). Aspectos teóricos y metodológicos de la categoría representación social. *Revista Cubana De Psicología*. 20 (1). p. 23-33.
- Kohn, R., Saldivia, B. y Rioseco, S., Vicente , B. (2007). Carga del enfermar psíquico, barreras y brechas en la atención de Salud Mental en Chile. *Revista médica de Chile*,135(12), p.1591-1599. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v135n12/art14.pdf>
- Kvale,S. (2011). La entrevista en la investigación cualitativa. Madrid, España: Morata.
- Link,B. (1987).Understanding Labeling effects in the area of mental disorders: an assessments of the effects of expectation of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112)
- Link, B. y Phelan, J. (2001). Conceptualizing stigma. *Anual Review of Sociology* . 27 (X) , pp. 363-385.
- Martínez, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 613-619.
- Martínez, J. (2004). Estrategias metodológicas y técnicas para la investigación social. Universidad de Mesoamérica. Asesorías del área de investigación: México D.F. Recuperado de : <http://www.geiuma-oax.net/sam/estrategiasmeteytecnicas.pdf>
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2010). *Objetivos sanitarios de la década 2000-2010.Evaluación final del período. Grado de cumplimiento de objetivos de impacto*. Subsecretaría de salud pública, división de planificación sanitaria
- Ministerio de Salud [MINSAL] (2011). *Estrategia nacional de salud mental. Propuesta para una construcción colectiva*. Documento de trabajo elaborado por un grupo de expertos en conjunto con la Subsecretaria de salud pública
- Mora,M.(2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital*. (2). pp. 1-25. Recuperado de: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/viewFile/34106/33945>.

- Moscovici, S. (1979). *El Psicoanálisis su imagen y su publico*. Buenos Aires: Huemul S.A.
- Moscovici, S. y Hewstone, M. (1986). De la ciencia al sentido común. En S. Moscovici (cood.). *Psicología Social II*. Barcelona, España: Paidós.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*. 18 p.211-250
- Muñoz, M. (1992) Apuntes de psiquiatría Universidad de Concepción, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
- Myers, D. (1995). *Psicología Social*. Santa Fe de Bogotá: Mc Graw Hill
- Niemeyer, R.y Mahoney, M. (1998). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós
- Novoa,C. (2014). *Construcción social del paciente psiquiátrico ( Tesis para optar al grado de licenciado en sociología*. Academia de Universidad Humanismo Cristiano. Facultad de Ciencias Sociales. Escuela de Sociología. Santiago, Chile.
- Olson, J. y Zanna, M. (1993). Actitudes y cambio de actitudes. *Annual Review of Psychology*, 44, 117-154.
- Organización Mundial de la Salud. (2001) *Informe Sobre La Salud En El Mundo 2001*. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas Esperanzas. Ginebra. Recuperado de: <http://www.who.int/whr/2001/es/index.html>
- Organización Mundial de la Salud (2006).\_*Informe WHO-AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Chile*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/chile\\_who\\_aims\\_report.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/chile_who_aims_report.pdf)
- Organización Mundial de la Salud (2014).\_*Informe WHO-AIMS sobre el Sistema de Salud Mental en Chile*. Recuperado de: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_chile.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_chile.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Recuperado de: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf)
- Pallí, C. y Martínez, L. (2004). Naturaleza y organización de las actitudes, en T. Ibáñez (Ed.), *Introducción a la psicología social* (p.183-254). Barcelona, España: Editorial UOC.
- Pedraz, V. (2005) El cuerpo de la educación física: Dialéctica de la diferencia.*Revista iberoamericana de educación*, 7 (X) (p. 53-72).

- Piña, J. (2004). La teoría de las representaciones sociales. En J. Piña (Ed.), *La subjetividad de los actores en la educación*, (p.15-54). México: Cesu-Unam.
- Piñuel, J. (2002). Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido. *Estudios de sociolingüística*. 3(1), 1-42.
- Piñero, S. (2008). La Teoría de las Representaciones Sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. *Revista de educación*, (x) 7 p. 1-19. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2831/283121713002.pdf>
- Perez, C. (2012). *Una Nueva Antipsiquiatría*. Santiago, Chile: LOM Ediciones
- Piñero, S. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. *Revista de Investigación Educativa*, 7. Recuperado de: [https://www.uv.mx/cpue/num7/inves/completos/pinero\\_representaciones\\_bourdieu.pdf](https://www.uv.mx/cpue/num7/inves/completos/pinero_representaciones_bourdieu.pdf)
- Perales, C. y Vizcaíno, M. (2007). Las relaciones entre actitudes y Representaciones Sociales: elementos para una integración conceptual. *Revista Latinoamericana de psicología*, 39, 351-361.
- Pujal, M. (2004). La identidad (el self). En Ibáñez, T., Botella, M., Doménech, M., Feliu, J., Martínez, L., Pallí, C., Pujal, M. & Tirado, F. *Introducción a la psicología social*. (93-138). Barcelona: Editorial UOC.
- Reyes, C. (2009) "La enfermedad mental y el rol del terapeuta desde el construccionismo social del objeto al sujeto y del monólogo al diálogo. (Memoria de grado para optar al título profesional de Psicólogo) Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Departamento de Psicología. Santiago, Chile.
- Robles, P. y Rojas, M. (2015). La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en lingüística aplicada. *Revista Nebrija de Lingüística aplicada*, 18. Recuperada de [https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo\\_55002aca89c37.pdf](https://www.nebrija.com/revista-linguistica/files/articulosPDF/articulo_55002aca89c37.pdf)
- Salgado, A. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluaciones del rigor metodológico y retos. *Revista Liberabit*, 13(13), pp. 71-78. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-48272007000100009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009)
- Sánchez, S. y Mesa, M. (1997). Actitudes hacia la tolerancia y la cooperación en ambientes multiculturales: evaluación y propuestas de intervención educativa *Anuario interuniversitario de Didáctica*, 14, pp. 6-11
- Smith, V. (2006). La psicología social de las relaciones intergrupales: modelos e hipótesis. *Actualidad en Psicología*, 20(x), pp. 45-71.



Shorter, E (1997) Historia de la psiquiatría. Desde la época del manicomio a la era de la fluoxetina. J y C Ediciones medicas, Barcelona.

Taylor, S. (1990). Health Psychology: Science and the field. *American Psychologist*. 45 (1), pp. 40-50.

Taylor, S. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona, España: Paidós.

Tajfel, H. (1984). Grupos humanos y categorías sociales. Barcelona: Herder.

Tajfel, H. y Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict En Worchel, S. & Austin, W. G. (Eds.), *The social psychology of intergroup relations*. Monterey : Brooks/Cole

Torres, R. (2001). Experiencias en psiquiatría comunitaria en Chile. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/cd050644/torres.pdf>

Villa, M. (1997). Las concepciones de la Educación Física. *Revista Educación Física y Ciencia*, 2, 25-32.

Wagner, W. y Flores-Palacios, F. (2010). Apuntes sobre la epistemología de las representaciones sociales. *Educación matemática*, 22(2), p.139-162.

## **8. Anexos**

### **Anexo 1: Consentimiento Informado**

#### **Consentimiento Informado**

El siguiente documento tiene como finalidad informar sobre el contexto de su participación y características de la investigación, con la finalidad de orientar su decisión a participar en este proyecto.

La investigación lleva por nombre “enfermedad mental ¿una categoría construida socialmente?” la cual pretende construir la representación social sobre la enfermedad mental que tienen un grupo de personas que presentan un diagnóstico psiquiátrico, para posteriormente analizarlos desde el enfoque constructivista social.

De igual manera, tiene los siguientes objetivos específicos:

- Describir las actitudes que tienen en relación a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico
- Caracterizar los estereotipos que tienen sobre la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico
- Describir las prácticas sociales que poseen en torno a la enfermedad mental personas que han recibido un diagnóstico psiquiátrico

Como informante, dará su consentimiento para participar en una entrevista semiestructurada, que será registrada por una grabadora de audio, y transcrita, los audios serán escuchados por las tesisistas y su supervisor. Los datos recabados en las entrevistas se utilizarán en la investigación como material de análisis.

Esta investigación realiza un aporte indirecto a los/las participantes, ya que precisa de generar conocimiento en torno a como la persona portadora de un diagnóstico psiquiátrico visualiza el concepto de enfermedad mental y como aquello constituye un vehículo de estereotipos, prácticas y actitudes que se cimientan en el contexto social en donde ellos se ven involucrados; influyendo con ello en la valoración que la propia persona hace de su condición.

El relato emitido a partir de la entrevista será de uso exclusivo para la investigación, pudiendo abandonar el proceso investigativo cuando lo considere relevante y recuperar sus datos de considerarlo necesario. Esta entrevista será grabada para su posterior transcripción, y eliminada luego de esto. Por otro lado cabe la posibilidad de que la transcripción sea realizada por una tercera persona, la cual firmará un compromiso de confidencialidad. Si este último punto no es de su agrado, asumo uso exclusivo de las transcripciones.

La información aportada será confidencial y anónima, se proveerá la seguridad necesaria para que la participante no sea identificada. La información será utilizada sólo para fines de la investigación y conclusiones entorno a esta.

Como riesgo, por tanto, se considera la posible identificación de la participante, por lo tanto tiene la posibilidad de utilizar un nombre de fantasía, así como también tiene el derecho de autorizar el uso de sus respuestas textuales en los resultados y de revisar éstos antes de su publicación.

El desarrollo de este proceso no acarrea ningún beneficio ni perjuicio a su integridad física o psicológica, así como tampoco gastos aparentes, salvo los de la locomoción para llegar al lugar de encuentro.

Su participación es voluntaria y libre de continuar, eso significa que puede retirarse cuando usted lo estime conveniente, así como también es necesario de destacar la flexibilidad del consentimiento informado, pudiendo ser retomado en cualquier momento del proceso.

Si presenta alguna duda respecto a la investigación puede contactarse a

Paulina Ortega Suárez

-Licenciada en Psicología, Universidad del Bío-Bío

-Número de contacto: 9 57741416

Después de haber leído y comprendido el presente documento, declaro que acepto participar en la investigación de manera voluntaria.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma participante: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2: Instrumento: Pauta para entrevista Semiestructurada**

### “Estereotipo y prácticas sociales”

- 1.- ¿Cuáles son las primeras cosas que piensa cuando se habla de enfermedad mental?
- 2.- ¿Cómo describiría usted la enfermedad mental y que características posee?
- 3.- ¿Cómo es o como visualizas a la típica persona que tiene una enfermedad mental?

- 4.-¿ Cómo NO es una persona que tiene una enfermedad mental, es decir , como sería una persona que jamás pensaría usted que tiene una enfermedad mental ?
- 5.-¿ Qué piensas de las personas que tienen un diagnóstico de enfermedad mental?
- 6.-¿ Qué ventajas/desventajas trae la enfermedad mental a las personas?
- 7.- ¿Si tuviese que evaluar la enfermedad mental , de que manera lo haría?
- 8.-¿ Cómo evalúa o considera a las personas que tienen una enfermedad mental?
  
- 9.- ¿ En esta sociedad, cuáles son los comportamientos ante una persona que tiene algún enfermedad mental?
- 10.- ¿Qué comportamiento tiene o ha tenido usted hacia las personas que tienen alguna enfermedad mental?
- 11.- ¿Qué grupos o instituciones sociales tratan de impartir, o imparten reglas, normas o pautas de cómo actuar frente a la enfermedad mental o quienes la posean?
- 12.-¿Qué reglas existen que le haga actuar de determinada manera frente ante la enfermedad mental?

#### Actitudes

- 13.- ¿Como definiría la enfermedad mental?
- 14.- ¿Qué emociones, sensaciones o sentimientos le hace sentir a usted el concepto de enfermedad mental?
- 15.- ¿Qué emociones, sensaciones o sentimientos le hace sentir a usted una persona que tiene una enfermedad mental?
- 16.-¿Qué conocimientos, creencias o información posee usted sobre la enfermedad mental?
- 17.- ¿De dónde surgen las creencias que posee respecto de la enfermedad mental?
- 18.- ¿De dónde surgen las creencias que poseen respecto de quienes portan una enfermedad mental?
- 19.- ¿Cuáles son los comportamientos, de acuerdo a lo que usted cree, que deberían llevarse a cabo frente a la enfermedad mental?

20.- ¿Cuáles son los comportamientos, de acuerdo a lo que usted cree que deberían llevarse a cabo frente a las personas que tienen una enfermedad mental?

**Anexo 3: Malla conceptual para análisis de datos de entrevistas**

<b>Operacionalización de las Variables: Matriz de Coherencia</b>					
Objetivo General: Reconstruir las Representaciones Sociales que tienen en relación a la enfermedad mental usuarios de un COSAM de la Provincia de Ñuble.					
<b>Objetivo Específico</b>	<b>Concepto Crítico</b>	<b>Definición Teórica</b>	<b>Subcategorías</b>	<b>Definición Teórica</b>	<b>Definición Operacional</b>
Describir los estereotipos que tienen en relación a la enfermedad mental usuarios de un COSAM de la provincia de Ñuble	Estereotipos	<p>Los estereotipos hacen referencia a imágenes mentales constituidas por formas de pensamientos y juicios valorativos; dicha construcción se obtiene a través del proceso de categorización, ya sea de instituciones, situaciones o personas (Tajfel, 1984).</p> <p>La etiqueta Psiquiátrica pone en juego una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental, que son aplicadas al sujeto que la porta (Crespo, Guillén, Muños, Pérez,</p>	<b>Imágenes Mentales</b>	Los Medios de Comunicación de descripciones gráficas que estabilizan la imagen que se tiene del paciente psiquiátrico (Bueno y Mestre, 2006). Estas imágenes devalúan a las personas con enfermedades mentales y terminan generando discriminación (Crespo et al, 2009)	Descripciones gráficas que engloban los rasgos que forman parte del estereotipo reportado por los usuarios.
			<b>Formas de Pensamiento</b>	El enfermo mental es un sujeto que se produce en el orden lingüístico de significados y lenguaje, constituyendo con ellos las ideas y saberes que se tienen en torno al propio paciente (Galende, 1990).	Ideas que componen los estereotipos referidos por los pacientes.
			<b>Juicios Valorativos</b>	Los juicios valorativos que confluyen en torno al enfermo mental se sostiene sobre el contexto socio histórico y cultural (Bueno y Mestre 2005)	Opiniones críticas que se fundan en torno a la valoración positiva o negativa que se hacen de las categorías que conforman el estereotipo emitido

		2009)			por los pacientes
Describir las actitudes que construyen usuarios de un COSAM pertenecientes a la provincia de Ñuble	Actitud	<p>La actitud de acuerdo a Myers (1995)</p> <p>Hace referencia a la <b>reacción de tipo evaluativa</b>, hacia algo o alguien, la cual puede ser favorable o desfavorable, teniendo presencia con ello en las creencias, sentimientos y conductas proyectadas por el individuo.</p> <p>Zanna y Rempel (1988), por su parte, establecen que las actitudes se basan o desarrollan por medio de la <b>información afectiva (emociones), cognitiva (creencias) y conductual</b>, referente a un grupo, persona u/o</p>	<p><b>Reacción de tipo evaluativa</b></p> <p><b>Información afectiva (emociones)</b></p> <p><b>Información cognitiva (Creencias)</b></p> <p><b>Información Conductual</b></p>	<p>Orientación favorable o desfavorable que realiza el sujeto hacia algo o alguien (Myers, 1995)</p> <p>La información afectiva acerca de la enfermedad mental se deriva particularmente de las emociones asociadas a los efectos que tiene la enfermedad mental en la persona (Aranda, Munguía, Salazar y Torres, 2005).</p> <p>Link y Phelman (2001), sostienen que dentro de los componentes que inciden en el estigma asociado a la patología psiquiátrica se encuentran las creencias culturales dominantes. Éstas terminan vinculando a la persona etiquetada con características indeseables y estereotipos negativos.</p> <p>Las reacciones que las personas adoptan cuando piensan que poseen una determinada sintomatología (Taylor, 1990). Éstas conductas ante la enfermedad están determinadas por variables psicosociales, como la información que se posee de la enfermedad, la autoestima, el apoyo y la participación social (Bueno y Mestre, 2005).</p>	<p>Aquellas evaluaciones positivas o negativas que el usuario hace de la enfermedad mental</p> <p>Sensaciones, emociones y afectos que los entrevistados reportan de la enfermedad mental o hacia quienes portan una etiqueta diagnóstica.</p> <p>Conocimientos, informaciones, creencias y opiniones que los participantes refieren en torno a la enfermedad mental.</p> <p>Reacciones que realizan en torno a la propia enfermedad y hacia quienes portan una etiqueta diagnóstica</p>

		<p>objeto. (en Olson y Zanna, 1993).</p> <p>La actitud además actúa como <b>fuerzas motivacionales</b> de las conductas y por tanto del comportamiento de las personas (Estrada, 2002).</p>	<p><b>Fuerzas motivacionales</b></p>	<p>Uno de los modelos psicosociales que explican el proceso de estigma asociado a la enfermedad mental, es el modelo de la motivación (Crespo et al, 2009). Éstas fuerzas motivacionales engloban: La percepción de que el mundo es justo, donde cada uno tiene lo que se merece, una estructura social jerárquica que mantenga las diferencias de poder entre los distintos grupos y la mantención de una identidad social (Crespo et al, 2009)</p>	<p>Aquellas fuentes de motivación que impulsan la apreciación que tienen de la enfermedad mental los entrevistados y de aquellos que portan una categoría diagnóstica.</p>
<p>Describir las prácticas sociales que construyen en torno a la enfermedad mental usuarios de un COSAM de la provincia de Ñuble</p>	<p>Prácticas Sociales</p>	<p>Formas de acción en donde las personas se expresan y actúan como un sujeto cognoscente, teniendo estrecha relación, que le permite ser conscientes de otros y de sí mismo, considerando el pensamiento declarado, por tanto, como una forma de acción (Castro, 2005).</p> <p>Éstos modos de acción contribuyen a regularizar lo que hacen hombres y mujeres, provocando con ello, que la conducta presente un carácter sistemático y recurrente</p>	<p><b>Formas de acción</b></p> <p><b>Regulación</b></p> <p><b>Normalizar</b></p>	<p>Las formas de pensamiento que se circunscriben en torno a la enfermedad mental trae aparejado acciones que limitan el desarrollo social y personal de quienes portan una etiqueta diagnóstica (Crespo et al, 2009).</p> <p>El diagnóstico queda constituido como herramienta en favor del orden social, impuesto desde un espacio de poder (Basaglia, 1972). Regulando aquellas formas de acción que se realizan hacia el enfermo (Basaglia, 1972).</p> <p>Los valores sociales y las formas de producir enfermedad en cada</p>	<p>Quehaceres declarados por los sujetos frente a la enfermedad mental y a quienes la presentan</p> <p>Conductas referidas por los entrevistados, que consignan como reglamentadas socialmente. Deberes en torno a la enfermedad mental y quienes la padecen.</p> <p>Aquellas conductas reportadas por los participantes que consideran correctas y naturalizadas en</p>

		<p>(Castro, 2005).</p> <p>De acuerdo a Pedraz (2005), las practicas sociales contribuyen a <b>normalizar</b> ciertas situaciones que estructuran el sistema social ,respon den a ciertas ideologías, necesidades e intereses que corresponden a ciertas instituciones o grupos sociales .</p>	<p><b>Instituciones o Grupos Sociales</b></p>	<p>contexto socio histórico ,contribuyen a normalizar ciertas practicas frente a las personas que portan una patología psiquiátrica (Galende, 1990)</p> <p>De acuerdo a Foucault (1967) , las instituciones sociales promueven formas de acción frente al alienado mental.</p>	<p>relación a la enfermedad mental y quienes la padecen.</p> <p>Aquellos Grupos sociales, que reportan los participantes y que delimitan formas de actuar frente al paciente psiquiátrico y la enfermedad mental .</p>
--	--	---	---	--	--



